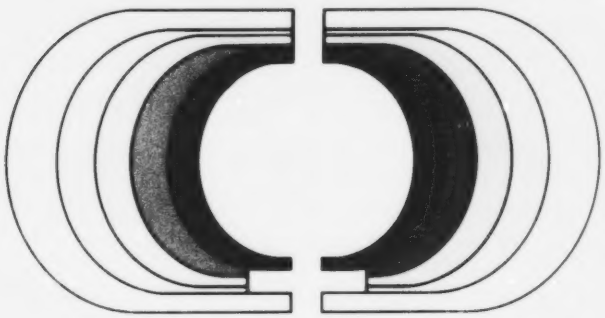
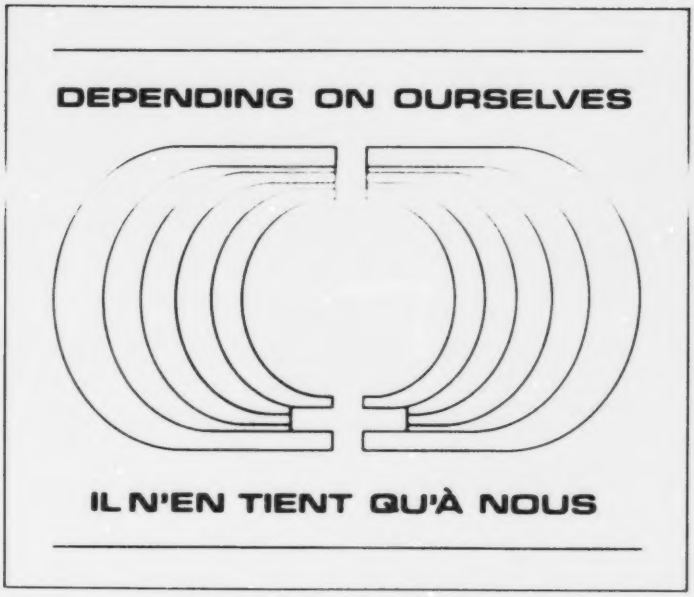
DEPENDING ON OURSELVES



IL N'EN TIENT QU'À NOUS

ACTES



ACTES

du Colloque national

sur les femmes et la toxicomanie

tenu du 12 au 15 mai 1986 au
Centre de conférences Geneva Park du YMCA
à Orillia (Ontario)

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs; elles ne correspondent pas nécessairement à la politique officielle du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social — 1987

Ministre des Approvisionnements et Services, 1987

No cat.: H 39-104/1987 F
ISBN 0-662-94118-7

Also available in English under the title "*Depending on Ourselves: Proceedings of the National Consultation on Women and Drugs*"

Dédicace

L'apport de Ruth Cooperstock à la question des femmes et de la toxicomanie au Canada a été considérable. Pendant vingt ans, elle a travaillé comme scientifique à l'*Addiction Research Foundation* de l'Ontario. Ce sont en grande partie ses efforts pour faire reconnaître les problèmes fondamentaux et sa volonté de placer les données scientifiques dans le contexte social qui ont déterminé l'attitude actuelle des Canadiens face à la toxicomanie chez les femmes.

En plus de publier nombre de documents spécialisés, elle a écrit, en collaboration avec un autre auteur, le livre intitulé *Les effets de l'usage des tranquillisants : l'usage des benzodiazépines au Canada*, ouvrage qui nous a beaucoup aidées à comprendre l'usage de ces substances.

En dédiant à Ruth Cooperstock «Il n'en tient qu'à nous» ainsi que les actes du Colloque, nous rendons officiellement hommage à la vie et au travail de cette femme remarquable.

Henry Cooperstock

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
POINTS SAILLANTS DU COLLOQUE	2
I DÉFINITIONS DU PROBLÈME : OÙ EN SOMMES-NOUS?	
EXPOSÉS	
Aperçu historique — les dix dernières années par Lavada Pinder	3
Les femmes et la santé mentale par Susan Penfold	8
GROUPE DE DISCUSSION	
Toxicomanie : données récentes, répercussions et questions d'actualité	
* L'alcool : Louise Nadeau	14
Les antidépresseurs : Susan Penfold	16
Les tranquillisants mineurs : Jessica Hill	18
Le tabac : Peggy Edwards	23
Discussion	27
ATELIERS	
Agir pour soi : l'expérience en milieu rural et dans le Grand Nord	28
Femmes autochtones : se rétablir du choc culturel	29
La femme âgée : une oubliée	29
* Femmes au travail	30
La jeune génération : stratégies	31
Les femmes et la toxicomanie : le recours à une approche féministe	32
* Les femmes et la drogue	32
* Femmes rurales	33
La femme au travail : prévention	34
II D'OÙ VIENT LA DÉPENDANCE ET COMMENT PARVENIR À L'INDÉPENDANCE	
EXPOSÉ	
D'où vient la dépendance et comment parvenir à l'interdépendance par Louise Nadeau	35

* Présentation originale en français; toutes les autres présentations ont été faites en anglais.

ATELIERS

Les femmes et la double responsabilité 41

Plan d'action : un modèle pour promouvoir des programmes 42

Decision Drinking© : une méthode pratique de prévention de l'alcoolisme 42

Mettre nos connaissances en commun : un moyen de prévention 43

Les groupes d'entraide : des femmes au secours des autres femmes 45

L'estime de soi : croire en soi 46

* Facteurs reliés à la sexualité 47

Les femmes et la colère : la reconnaissance et l'expression 47

* La femme et les doubles tâches 48

* L'intervention féministe et son action préventive, éducative en toxicomanie 48

III STRATÉGIES DE CHANGEMENT

EXPOSÉ

Stratégies de changement :
par Sylvia Gold 51

GROUPE DE DISCUSSION

Succès, limites et répercussions de diverses stratégies de changement

Le bloc à ordonnances — une ressource en matière de consultation : Christine Rinaldi 55

* Un manuel sur les techniques de mobilisation communautaire : Henriette Dauphinais 58

Projet d'éducation sur la santé des femmes : Frances Ennis 60

* Programme de formation — les femmes et la toxicomanie : Marie Lecavalier 62

Discussion 63

CLÔTURE 64

APPENDICES

A. LISTE DES PARTICIPANTES 67

B. FILMS ET BANDES VIDÉO 73

C. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE 74

Remarque : On peut acheter jusqu'en mai 1987 les enregistrements sur cassettes de toutes les plénières en s'adressant à ISTS, Telav Inc., 90, Montée de Liesse, Montréal (Québec) H4T 1N4.

* Présentation originale en français; toutes les autres présentations ont été faites en anglais.

Introduction

Le colloque intitulé *Il n'en tient qu'à nous* a eu lieu du 13 au 15 mai 1986 au Centre de conférences Geneva Park du YMCA à Orillia (Ontario).

Lorsqu'elle a décidé de parrainer le Colloque national sur les femmes et la toxicomanie, la Direction de la promotion de la santé avait pour but d'aider ceux et celles qui travaillent dans ce domaine et, en particulier, les personnes qui collaborent à la réalisation de projets et programmes de prévention et d'éducation. La Direction voulait permettre à toutes les Canadiennes, qu'elles fassent un travail rémunéré ou du bénévolat dans le domaine de la toxicomanie, de se rencontrer et de mettre à jour leurs connaissances, d'échanger des ressources, de mettre en commun leur expérience respective et d'élaborer des solutions et des stratégies pour leurs propres collectivités.

Lorsqu'elle préparait le colloque, la Direction a pris contact avec un large éventail de groupes et de représentants de collectivités, de gouvernements provinciaux ainsi que de commissions d'étude sur l'alcoolisme et sur la toxicomanie dans tout le Canada, pour essayer de déterminer les besoins actuels et les questions à étudier, ainsi que pour projeter la lumière voulue sur le colloque. La Direction a conclu que la discussion devait surtout porter sur les drogues légales couramment utilisées, à savoir : l'alcool, les tranquillisants mineurs, les antidépresseurs et le tabac. Bien qu'elle ait eu d'excellentes raisons d'élargir la portée du colloque et d'inclure d'autres questions (par exemple, l'usage de la cocaïne et les troubles de nutrition), la Direction a jugé que l'on obtiendrait de meilleurs résultats en résistant à la tentation de *tout* étudier.

Près de 200 personnes ont assisté au colloque; elles représentaient des groupes et des organismes oeuvrant dans les domaines de la santé, des services sociaux, de la toxicomanie et des questions féminines. Durant tout le colloque, l'accent a été mis sur la participation; l'ordre du jour était conçu de façon à favoriser le plus possible les échanges entre les personnes présentes.

La Direction, en choisissant le Centre de conférences Geneva Park, avait pour objectif de créer un climat propice à la réunion des personnes et des idées, élément essentiel au succès du colloque. C'est ainsi que les participantes, coupées des distractions associées à la vie quotidienne, ont pu profiter de la paix de la nature et poursuivre, ensemble, leurs objectifs communs.

L'ordre du jour officiel contenait quatre grands exposés, deux débats et vingt-cinq ateliers portant sur dix-neuf sujets différents. En outre, on prévoyait de projeter des films et de faire passer des bandes magnétoscopiques; on désirait également permettre aux participantes de partager des ressources, et aux groupes d'intérêts particuliers de tenir des réunions spéciales. Des activités en soirée devaient rendre l'expérience plus enrichissante encore; citons notamment «Sponté», groupe de théâtre de participation qui explore les événements et les diverses situations de la vie quotidienne, et Lucie Blue Tremblay, chanteuse-compositeure du Québec, très engagée sur le plan social.

Il n'en tient qu'à nous a constitué un grand pas en avant dans la compréhension du problème de la toxicomanie chez les femmes au Canada. Le colloque a mis en présence ceux et celles qui travaillent dans ce domaine; il a permis de cerner les problèmes et d'exposer les connaissances et les techniques, qui sont en pleine évolution. Point le plus important, ce colloque a été une source de renouveau sur le plan psychique et de perfectionnement professionnel pour les personnes qui s'occupent de prévention et d'éducation dans ce domaine.

Nous espérons que l'énergie créée par le colloque sera transmise à l'ensemble du pays, qu'elle atteindra les collectivités, les groupes et les réseaux du pays entier et qu'elle stimulera les efforts déployés dans ces milieux pour que l'on continue de s'occuper de ce problème.

Les actes du colloque : leur contenu

Les actes du colloque comprennent trois volets : *Définition du problème : où en sommes-nous?* (jour 1), *D'où vient la dépendance et comment parvenir à l'indépendance* (jour 2) et, enfin, *Stratégies de changement* (jour 3). Cette structure indique la progression du colloque, lequel avait pour but d'abord de définir les préoccupations actuelles et d'examiner les causes du problème, puis de déterminer les solutions offertes et les stratégies à adopter.

Les Appendices contiennent une liste des participantes, des notes concernant les films et les présentations vidéo que les participantes pouvaient voir sur place et, enfin, une liste des documents de référence établie par la Direction de la promotion de la santé.

Jour 1 : Définition du problème : où en sommes-nous?

Le colloque, intitulé *Il n'en tient qu'à nous*, a commencé dans un climat de réflexion et de recherche. Lavada Pinder, qui ouvrait les débats, a brossé un tableau des événements clés et de l'évolution dans le domaine de la toxicomanie depuis 1975; elle a également passé en revue certains facteurs qui ont façonné les approches du problème durant les dix dernières années. Ensuite, Susan Penfold a décrit la santé mentale des femmes à l'heure actuelle. Elle a relié leur état de détresse mentale à leur situation et au rôle «souvent insatisfaisant, restrictif et, à la limite, avilissant qu'elles jouent dans la société d'aujourd'hui». Elle a exhorté les participantes à reconnaître les efforts que les femmes déploient pour retrouver leur santé mentale et la favoriser, ainsi qu'à les appuyer de façon à créer des systèmes leur permettant de se soigner et d'être en aussi bonne santé que possible, sur le plan mental.

Les membres des groupes de discussion ont fait le point sur l'usage de l'alcool, des antidépresseurs, des tranquillisants mineurs et du tabac chez les femmes en fournissant des statistiques et le résultat d'études, en communiquant les dernières découvertes dans ce secteur et en précisant les problèmes actuels. Plus tard, ces participantes ont formé neuf ateliers simultanés afin d'étudier les problèmes de toxicomanie chez les femmes qui appartiennent à des groupes précis et se trouvent dans des endroits et des milieux particuliers au Canada, à savoir : les femmes des milieux ruraux et celles qui vivent dans le Grand Nord, les femmes autochtones, les femmes âgées, les adolescentes, les femmes qui travaillent à l'extérieur, etc. Ces ateliers ont permis aux membres d'étudier différentes situations dans lesquelles les femmes se trouvent et de mieux comprendre le caractère unique de ces situations, aussi bien que le caractère universel du contexte socio-économique qui influe sur la vie des femmes.

L'ordre du jour de cette première journée a permis aux participantes de se familiariser, grâce à une exposition bien documentée, avec un ensemble de projets et de programmes d'importance diverse, mis sur pied à bien des endroits au Canada. Plus tard, les personnes présentes ont participé activement à une soirée animée par les membres de *Sponté*, groupe théâtral multidisciplinaire de Toronto, composé de comédiens, de musiciens et de danseurs, dont certains sont des psychothérapeutes professionnels. Ce groupe de théâtre participatif a offert aux personnes présentes une forme unique d'improvisation puisque les choix des spectateurs et les événements de leur existence constituaient le thème du spectacle.

Jour 2 : D'où vient la dépendance et comment parvenir à l'indépendance

La deuxième journée du colloque était, à certains égards, une journée de transition. L'exploration et l'introspection du premier jour ont discrètement glissé vers une quête de solutions. Dans la première partie de son exposé, Louise Nadeau a analysé les circonstances et les événements de l'existence qui peuvent exposer les femmes à la dépendance et à la dépression. Pour conclure, elle a insisté sur l'importance de conserver les réseaux d'aide, les «chaînes de solidarité» et les programmes de sensibilisation de la collectivité, et de les élargir, afin d'aider les femmes à éviter la dépression.

Au cours des ateliers, la recherche de solutions s'est précisée et intensifiée. Durant des séances «électrisantes», parfois très chargées d'émotion, les participantes ont pu fouiller dans leur propre expérience pour y chercher des solutions ou des techniques applicables à leur milieu de travail. Il y avait bien des approches à envisager : action communautaire; résolution commune des problèmes; usage raisonné de l'alcool, par opposition à l'abstinence; estime de soi, mise sur pied et utilisation de groupes d'apprentissage de l'autonomie; transformation de la colère en une source d'énergie positive et emploi du counseling féministe. En raison de l'enthousiasme des participantes, on a organisé un certain nombre de réunions *ad hoc* pour discuter de questions d'intérêt commun. Les participantes ont aussi discuté en tête à tête; elles ont vu des films et des présentations vidéo sur des sujets qui allaient des troubles de l'alimentation à l'inceste.

Le soir, l'atmosphère générale du colloque a été exprimée par le spectacle d'une grande intensité donné par Lucie Blue Tremblay, chanteuse-compositeure bilingue originaire du Québec. Cette artiste a ajouté une dimension très particulière au colloque. Ouverte et détendue, elle a établi immédiatement un contact avec le public, qu'elle a stimulé et qui lui a transmis son énergie. Elle a évoqué, dans ses chansons, les douloureuses expériences vécues par bien des femmes : la honte des enfants victimes d'agressions sexuelles, la vie en prison, la séparation. Magicienne, Lucie a créé une communion entre les personnes présentes, qu'elles soient francophones ou anglophones, jeunes ou vieilles, traditionalistes ou féministes, laissant la parole à l'expérience des femmes, qui est universelle.

Jour 3 : Stratégies de changement

Durant cette troisième et dernière journée du colloque, les participantes ont entrepris de déterminer comment traduire l'expérience sur le plan pratique, et comment le courant d'énergie qui s'est créé à Geneva Park sur le plan personnel, social et psychique pourrait enrichir leur vie et leur travail futur.

À propos des facultés curatives de la sensibilisation et des qualités thérapeutiques de l'amitié, Sylvia Gold a demandé instamment que la recherche soit dénuée de sexisme. Elle voudrait que la collectivité appuie davantage les foyers d'accueil pour les femmes et les groupes d'entraide; elle souhaite également que les politiciens interviennent. Lors des discussions en groupe, des femmes venues de Terre-Neuve, du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique ont décrit les différents aspects des projets de prévention et d'éducation auxquels elles ont participé et qui se sont révélés fructueux. Ces personnes ont accepté de raccourcir leurs exposés respectifs pour qu'un groupe de participantes puisse officiellement communiquer ses réflexions concernant le colloque (ses points forts et ses limites) et faire une série de recommandations.

La séance de clôture a été présidée par Marilyn Keddy du bureau de la Direction de la promotion de la santé à Halifax (région de l'Atlantique). Vers la fin de la séance, on a vécu un moment poignant : les personnes présentes se sont données la main pour former un cercle dans l'auditorium. Elles ont chanté, dans un mouvement spontané de solidarité entre elles et avec toutes les femmes.

I *Définition du problème: où en sommes-nous?*

Aperçu historique : les dix premières années

Lavada Pinder dirige la Division des ressources des programmes de la Direction de la promotion de la santé. Elle a participé au premier colloque provincial sur les femmes et la toxicomanie, à la création de la première trousse d'information sur ce sujet et à la mise sur pied, à Ottawa, d'Amethyst, centre de cure pour femmes souffrant de chimiodépendance. La Division des ressources des programmes est chargée d'élaborer des projets pour les médias et de publier des documents sur l'usage de l'alcool, des drogues et du tabac. Elle est également chargée de créer des programmes de perfectionnement professionnel pour les personnes qui travaillent dans les domaines de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Lavada Pinder poursuit son engagement social en siégeant au conseil d'administration d'Amethyst.

Nous sommes ici pour fêter le dixième anniversaire des efforts déployés par le Canada dans le domaine de la toxicomanie chez les femmes. Il est important de souligner que ce colloque a été dédié à Ruth Cooperstock, notre amie et «maître» qui, pendant 20 ans, a travaillé à l'*Addiction Research Foundation de l'Ontario*. Bien des années avant qu'on ne commence réellement à s'intéresser aux problèmes en question, cette scientifique a analysé avec obstination l'usage des tranquillisants mineurs. Au début, elle faisait oeuvre de pionnière solitaire. Dans son étude marquante de 1971, elle a indiqué que l'usage de tranquillisants est deux fois plus probable chez les femmes que chez les hommes, puis a entrepris d'expliquer pourquoi. Grâce à Ruth Cooperstock, le public s'est rendu compte que l'usage des tranquillisants et, en particulier, l'effet de ces substances sur les femmes, posaient un problème sur le plan social.

Ruth Cooperstock est décédée au début de 1985, soit il y a un peu plus d'un an. Jessica Hill, dans son éloge funèbre, exprimait notre point de vue à tous et toutes, lorsqu'elle a dit:

> «Ruth était d'une grande probité intellectuelle, en plus d'avoir une connaissance intime de la vie. Son engagement profond vis-à-vis de la justice et de l'égalité ressortait dans ses écrits et a servi d'inspiration aux personnes qui s'occupent activement des problèmes des femmes et, plus récemment, à ceux et celles qui travaillent en gérontologie ou traitent les malades chroniques. Ruth était une experte très particulière en sciences sociales. En effet, non seulement éprouvait-elle personnellement les joies et les peines des gens, mais elle pouvait également communiquer cette empathie à ses lecteurs. Elle était toujours équitable et précise dans ses écrits, même si les sujets traités suscitaient sa colère. Elle ne s'est jamais servie de la popularité qu'elle avait acquise sur le plan professionnel pour «chatouiller» son ego ou pour sermonner».

J'ai eu la chance de connaître Ruth pendant 25 ans et de pouvoir ainsi profiter longtemps de son intelligence, de son humour, de son appui indéfectible, de sa main toujours tendue et, enfin, de son courage. Ruth aurait été contente de voir que ce colloque réunit des Canadiennes venues de tout le pays pour échanger des idées et acquérir des connaissances. Elle aurait également apprécié le fait qu'après dix ans d'activité, nous nous réunissions pour faire le bilan, pour passer en revue les connaissances et l'expérience actuelles et pour déterminer les perspectives d'avenir.

En tant que féministe et scientifique, Ruth Cooperstock a eu une influence sur tous ceux et celles qui travaillent dans ce domaine; on peut donc dire qu'elle assiste à cette fête.

Personnellement, je suis très heureuse d'être ici et d'avoir été conviée à ce colloque. Comme bien des femmes dans cette salle, je me préoccupe depuis dix ans du problème de la toxicomanie chez les femmes. Toutefois, l'idée de donner un aperçu historique de cette période ne me sourit pas particulièrement. Je préférerais trouver un moyen terme entre un exposé précis et aride et un flot désordonné de souvenirs. J'aimerais commenter ce qui se passait au début et au milieu des années 70 et préciser dans quelles mesures ces événements ont façonné ce qui a suivi.

Bref historique

Pourquoi ne commencerais-je pas par ma propre expérience en matière de toxicomanie? En effet, cela me permet d'illustrer parfaitement la mentalité de l'époque et, d'autre part, cela m'autorise à parler en connaissance de cause. En d'autres termes, «c'est peu de chose, mais c'est à moi . . .».

J'ai pénétré dans le monde de la toxicomanie en 1967. Jusqu'en 1975, j'acceptais sans discuter le mythe selon lequel, sur le plan de la toxicomanie, il n'y a pratiquement aucune différence entre les hommes et les femmes, sauf que les premiers sont plus nombreux. Comme l'ont souligné

Exposé

d'éminents chercheurs, tels qu' Edith Gomberg, on s'intéressait aux femmes surtout dans la mesure où leur comportement pouvait influer sur celui d'alcooliques de sexe masculin. Comment oublier les étiquettes d'«épouse dominatrice» et d'«épouse martyre» qu'on utilisait pour décrire les épouses aidées par un conseiller, non pas pour lutter contre le stress auquel elles-mêmes étaient soumises, mais pour renforcer les résultats du traitement que leur mari suivait? Nous avons là un exemple on ne peut plus élémentaire de condamnation de la victime!

Pour comprendre ce qui a modifié l'attitude de chercheurs tels que moi-même, il est utile de souligner deux phénomènes. Primo, la croissance du mouvement féministe. La Commission royale d'enquête sur la situation de la femme a présenté son rapport et ses recommandations en 1970. Dans tout le Canada, des groupes de sensibilisation étaient créés par des femmes; leurs membres commençaient à se rendre compte que nous sommes «la moitié de la terre» et à analyser la situation d'un point de vue féminin. Simultanément, on publiait une pléiade de documents sur la nature des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie qui se posent aux femmes. Des critiques d'ouvrages, faites aux États-Unis, notamment par Gomberg, Lindbeck et Beckman, et au Canada par Pat Badiet, ont mis à jour un préjugé sexiste dans la recherche actuelle et une ignorance voulue des besoins particuliers des femmes.

Ce n'est que lorsque des femmes ont commencé à se rencontrer et à se consulter que l'on a réellement entrepris de définir les problèmes féminins dans ce domaine. En juin 1975, le Colloque national sur l'alcoolisme et la toxicomanie chez les femmes avait lieu à Lévis (Québec). Il était parrainé par la *Canadian Addictions Foundation*. En septembre de la même année, l'*Ontario Consultation on Women, Alcohol and Other Legal Drugs* avait lieu à Ottawa, sous l'égide du bureau d'Ottawa-Carleton de l'*Addiction Research Foundation de l'Ontario*. Dans les deux cas, le financement était assuré par Santé et Bien-être social Canada. Autant que je sache, il n'y avait jamais eu auparavant au Canada de réunions portant exclusivement sur l'usage des drogues par les femmes.

Ces colloques et les débats qui les ont accompagnés ont donné lieu à beaucoup d'autres réunions et ateliers. En 1977 et 1979, par exemple, des femmes sont venues de toutes les provinces de l'Atlantique pour assister à des conférences à Halifax. Le *Donwood Institute de Toronto* a parrainé, en 1978, une conférence sur les femmes et la toxicomanie destinée aux professionnels de la santé. Enfin, il y a eu d'innombrables autres colloques et discussions plus ou moins officiels.

Les caractéristiques des femmes alcooliques et toxicomanes, l'importance de ce problème, l'attitude de la société et les ressources possibles ont commencé à se préciser. Nous en sommes venues à découvrir que les problèmes des femmes alcooliques avaient tendance à être «téléscopés» et que, souvent, il existait un agent catalyseur. Nous pensions que les femmes venaient plus tard à l'alcoolisme et que leur problème s'amplifiait plus vite. C'était le problème du «nid vide» et non celui du «syndrome de l'alcoolisme foetal».

Nous étions préoccupées par le fait que, statistiquement, la proportion d'hommes alcooliques par rapport aux femmes alcooliques était d'environ 6 contre 1, alors que la proportion d'hommes alcooliques assistant aux réunions des AA était vraisemblablement de 3 contre 1. Nous étions également préoccupées par le fait que les médecins prescrivent des calmants deux fois plus souvent à des femmes qu'à des hommes et que bien des femmes tombent dans la polytoxicomanie.

Il devint évident que la stigmatisation et le «stéréotypage» subis par les femmes toxicomanes ainsi que l'opinion fort répandue selon laquelle les femmes sont «plus malades que les hommes» devaient être abordés d'un point de vue thérapeutique et préventif. Comme les attitudes ne changeaient pas, les femmes dissimulaient leur problème, aidées en cela par leur famille et les professionnels. Si les femmes ne demandaient pas d'aide, à quoi bon leur offrir un traitement spécial et, a fortiori, des moyens de prévention?

Bon nombre de ces notions semblent maintenant assez simplistes, surtout lorsqu'on constate la myriade de préoccupations et d'approches qui font l'objet du Colloque. Pourtant, il y a dix ans, ces constatations ont permis d'établir une base commune pour les personnes qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie et nous ont permis de parler collectivement. Par ailleurs, il faut reconnaître qu'on avait tendance à généraliser à partir d'une petite base commune de données. On prêtait peu d'attention aux problèmes liés aux femmes venant de milieux ruraux ou de différents milieux culturels, ou appartenant à différents groupes d'âge. Quant au tabagisme chez les femmes, on ne s'y intéressait tout simplement pas.

Le leitmotiv de cette période était le suivant : les problèmes de toxicomanie chez les femmes devraient être analysés en fonction du rôle et du statut de ces dernières dans la société canadienne. Durant le colloque organisé par la fondation ontarienne de recherche en toxicomanie, une déclaration à laquelle tous les participants ont adhéré a parfaitement résumé la situation. La voici :

> «Les personnes qui participent à ce colloque tiennent pour acquis que bien des problèmes actuellement soumis par des femmes à des professionnels de la santé comme des problèmes individuels sont en réalité des problèmes sociaux qui devraient être traités par des mesures sociales plutôt qu'à coup de médicaments. Selon nous, toute tentative de prévention ou de traitement restera en grande partie inadéquate si l'on ne modifie pas la structure sociale, qui confine la femme à un rôle limité dans la société.»

En conséquence, durant les dix dernières années, la plupart de ceux et celles qui ont essayé de limiter les problèmes de toxicomanie chez les femmes se sont basés en grande partie sur leurs connaissances théoriques et

leur expérience dans deux secteurs : l'étude des femmes et la toxicomanie. La soudure a été difficile, car chaque domaine constitue un défi de taille; voyons pourquoi.

Les femmes et la toxicomanie — une question féministe

Le problème de la toxicomanie est le prototype parfait du noeud de problèmes complexes profonds et à conséquences larges. Des mythes et des croyances bien enracinés peuvent en effet déboucher sur une attitude rigide et une vision limitée des choses. De plus, le mouvement féministe, dans sa lutte pour obtenir l'égalité des femmes, se heurte à des difficultés encore plus complexes, plus profondes et à conséquences plus larges. Il y a aussi, ne l'oublions pas, les forces toujours présentes qui nous portent à faire marche arrière et à remettre les choses en place.

Pourtant, c'est cette combinaison qui a façonné une grande partie des efforts déployés au Canada dans le domaine de la toxicomanie chez les femmes, durant les dix dernières années. Que l'activité ait consisté à créer un centre de cure, à élaborer une stratégie d'éducation préventive ou à faire une étude, le rôle des femmes a généralement été examiné avec soin.

Dans le cas des centres de cure, pour chaque nouvelle initiative, on a tenté de déterminer dans quelle mesure les principes et les idées féministes seraient respectés lors de la prestation de services. Les femmes apprendront-elles à avoir confiance en elles durant la cure? Le personnel et le conseil d'administration comprendront-ils aussi des hommes? Je suis certaine que tout centre, qu'il s'agisse d'*Aurora House* sur la côte ouest, d'*Amethyst* ou du *Jean Tweed Addiction Centre* sur la côte est, a dû faire face, au moment de sa création, au scepticisme des services de traitement existants envers les centres «pour femmes seulement».

En ce qui concerne la prévention, il est difficile d'imaginer une stratégie qui ne tienne pas compte de la situation des femmes à la maison et au travail et de l'image qu'on en donne dans les messages publicitaires relatifs à l'alcoolisme et à d'autres toxicomanies.

Les recherches dans ce domaine ont été influencées par l'opinion selon laquelle des éléments sociaux influent sur la toxicomanie chez les femmes. Tandis que certains chercheurs ont à grand-peine découvert que l'intuition voulant qu'il existe des liens, chez les femmes, entre l'estime de soi, leur confiance en elles et l'alcool est en réalité parfaitement fondée, selon d'autres chercheurs, il n'y a aucune différence à cet égard entre les membres des deux sexes. Le problème ne s'en pose pas moins.

À en juger par l'expérience canadienne des dix dernières années, les femmes ont beaucoup travaillé dans ce domaine. Il y a peu de célébrités; ce sont des femmes employées dans des centres de cure, des membres de groupes communautaires, des femmes travaillant dans des organismes provinciaux chargés de lutter contre la toxicomanie et dans certaines universités qui ont pris la tête du combat, en s'aidant les unes les autres et en poursuivant leur objectif avec ténacité. Leur approche a été surtout caractérisée par les efforts pour sensibiliser davantage, par la création de groupes d'entraide et de réseaux, ainsi que par l'élaboration de programmes de traitement et de prévention dans les collectivités.

Cela étant, les activités, les événements et les projets ont été nombreux. Notons, par exemple, des pièces de théâtre telles que *Side Effects* (les effets secondaires); des films, notamment la série réalisée par l'Office national du film sur la guérison et le film produit et réalisé par *Aurora House*. On a, en outre, réalisé des programmes pour la télévision tels que *Katie*, avec Lilly Cadieux, et, enfin, publié des documents tels que *Effets de l'usage de tranquillisants* et *Les femmes et l'alcool*. D'innombrables présentations et ateliers spéciaux ont été organisés lors de conférences, dont la série canadienne *Input* et la partie consacrée aux femmes de la Conférence du conseil international sur les toxicomanies qui a eu lieu à Calgary l'année dernière. De plus, on a élaboré des programmes de formation et d'éducation à l'intention des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé. Ces programmes étaient menés par des centres locaux de cure pour les femmes toxicomanes, des universités et des organismes provinciaux de lutte contre l'usage des drogues. Enfin, au cours des années, des centres de cure pour les femmes ont ouvert leurs portes dans tout le Canada; ces services étaient déterminés, malgré des coupures considérables dans leur budget, à rester ouverts.

«C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs»

Je pourrais continuer, mais je n'ai pas l'intention de faire ici le tour de la question. Je vais plutôt parler d'un programme particulier qui nous appartient à toutes et qui résume tout cela; je veux parler de ce que Louise Nadeau a appelé un jour «notre merveilleuse trousse», *C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs*.

Cette trousse, composée d'un tableau à feuilles mobiles, d'un guide et d'un film, a été l'élément catalyseur, le lien et le symbole d'une grande partie de travaux qui ont été faits. Ce programme compte parmi les plus innovateurs et les mieux conçus en la matière. Je suis fière que cette trousse ait été réalisée par la Direction de la promotion de la santé, et qu'elle soit basée sur un concept créé par les animatrices et appliqué par elles.

La première version de la trousse a été mise au point en 1979, par suite de recommandations faites par l'*Ontario Consultation on Women, Alcohol and Other Legal Drugs* en

1975. Son but initial était de donner aux professionnels de la santé une formation sur place de même qu'une formation préalable. En Ontario, elle a servi d'étude pilote; on a pu constater qu'elle pouvait être utilisée de façon beaucoup plus large. On a alors conservé la base de données sur l'usage de l'alcool et des tranquillisants en fonction du contexte social, de même que la méthode de présentation.

Pour utiliser la trousse à l'échelle du Canada, on a créé deux groupes consultatifs, l'un anglophone, l'autre francophone, qui étaient chargés de fournir des conseils et de présenter les préoccupations régionales. Par conséquent, le groupe cible a été élargi pour inclure *toutes* les femmes, qu'elles soient ou non toxicomanes, ainsi que les professionnels de la santé. L'objectif visé était d'encourager la discussion entre des groupes de femmes en leur fournissant des données sur l'alcool et les tranquillisants, et en leur promettant de mieux comprendre les causes sociales complexes de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

La mise en vigueur d'un programme tel que *C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs* dans un pays présentant une aussi grande diversité culturelle et géographique que le Canada, a posé des problèmes et constitué un défi particulier. L'approche consistait à former des animatrices qui, à leur tour, introduiraient la trousse au niveau local. La démarche a été la suivante : premièrement, on a trouvé des personnes ressources dans les collectivités grâce à des réseaux d'entraide pour femmes qui étaient déjà en place; deuxièmement, on a fait connaître le programme durant des séances d'information organisées par ces personnes ressources. Troisièmement, on a organisé des séances de promotion de deux jours à l'intention des animatrices. Pour terminer, les trousses ont été déposées à des endroits où elles étaient accessibles aux animatrices autant qu'aux femmes de la collectivité locale.

Depuis 1981, ce processus a continué d'une manière quelconque, d'une région à l'autre. Nettement plus de mille femmes ont appris à être animatrices, et des milliers d'autres ont participé aux discussions. On a constaté que la trousse était une ressource flexible : elle a servi de base pour nombre de cours sur la toxicomanie; on l'utilise dans les centres de cure pour favoriser la discussion avec les femmes toxicomanes; elle a été incorporée par des femmes autochtones dans leur propre trousse; enfin elle a amené des femmes à prendre des mesures individuelles et collectives après avoir participé à un groupe de discussion qui utilisait la trousse.

Perspectives d'avenir

Et nous voilà en 1986. Les progrès ont été considérables, mais il reste encore beaucoup à faire. On m'a dit que, durant la dernière décennie, l'usage de l'alcool et des tranquillisants a quelque peu diminué chez les femmes. Il ne faut cependant pas négliger les groupes spéciaux et on ne doit pas oublier que nombre de femmes ne disposent pas, en raison de leur situation, de toute l'information qui leur permettrait de prendre les décisions appropriées. Nous devons élaborer des stratégies à facettes multiples, basées sur la collectivité, au lieu de compter sur une tactique unique. Il serait extrêmement utile de mener des recherches supplémentaires pour constituer une base de connaissances en vue des mesures à prendre. En outre, je voudrais qu'on considère le tabagisme comme un problème sérieux.

Notre histoire nous dit que, en reliant clairement les problèmes de drogues à ceux des femmes, nous sommes allées au plus direct. Si nous prenons du recul, constatons-nous que nous aurions dû prendre d'autres décisions ou employer une autre approche? Je ne pense pas.

Certes, une approche différente aurait peut-être pu nous assurer plus d'appui tangible et de direction de la part d'organismes gouvernementaux, mais cet appui et cette direction n'auraient pas été gratuits. Dans l'état actuel des choses, nous assistons au colloque *Il n'en tient qu'à nous/Depending on Ourselves* en sachant que ce titre correspond bien à la réalité et que ce n'est pas un simple «truc» publicitaire.

Je tiens à vous remercier de l'occasion qui m'est offerte de vous accueillir ici, vous toutes qui représentez le passé et l'avenir. Enfin, je voudrais vous transmettre les salutations de l'honorable Jake Epp, qui souhaite beaucoup de succès au Colloque. Le Ministère est fier de l'appui qu'il a accordé à ce problème au cours des années et, en particulier, de l'engagement des membres féminins du personnel.

Références

Aries, E. "Interaction Patterns and Themes of Male, Female and Mixed Sex Groups." *Small Group Behaviour*, 7,1 (1976): 7–18.

Badiet, P. "Women and Legal Drugs: A Review". In *Women: Their Use of Alcohol and Other Legal Drugs*. Publié par A. MacLennan. Toronto: Addiction Research Foundation Books, 1976.

Beckman, L.J. "Alcoholism Problems and Women: An Overview". Extrait de *Alcoholism Problems in Women and Children*. Publié par M. Greenblatt and M.A. Shuckit. New York: Grune and Stratton, 1976.

Canadian Foundation on Alcohol and Drug Dependencies. *The National Consultation on Alcohol and Drug Abuse Among Women*, August 16–17, 1975.

Carver, V., et al. *Amethyst Women's Addiction Centre: Final Report*. Ottawa, 1984.

Cooperstock, R. "Sex Differences in the Mood-Modifying Drugs, An Explanatory Model." *Journal of Health and Social Behaviour*, 12 (1971): 238–244.

Evalusearch. *Results of a Survey of Trained Facilitators of the "It's Just Your Nerves" Resource*, document inédit, 1983.

Gomberg, E. "Alcoholism in Women." Extrait de *Social Aspects of Alcoholism*. Publié par B. Kissir et H. Begleiter. New York: Plenum Press, 1976.

Santé et Bien-être social Canada. *Les effets de l'usage des tranquillisants : l'usage des benzodiazépines au Canada*. Ottawa, 1982.

Santé et Bien-être social Canada. *Les femmes et l'alcool*.

Lindbeck, V.L. "The Woman Alcoholic: A Review of the Literature." *International Journal of the Addictions*, 7,3 (1972): 567–580.

Mercier, C. C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs, *Rapport d'évaluation*, 1983.

Exposé

Les femmes et la santé mentale

Susan Penfold est professeure agrégée à l'École de psychiatrie (Faculté de médecine) de l'Université de la Colombie-Britannique. À l'époque du Colloque, elle avait pris un congé sans traitement pour inaugurer la chaire nouvellement créée d'études féminines à l'Université Simon Fraser. Co-auteur de l'ouvrage intitulé *Women and the Psychiatric Paradox* publié en 1983, elle a beaucoup écrit sur la question des femmes par rapport à la psychiatrie, sur les plans théorique et pratique.

Les quinze dernières années ont apporté beaucoup de changements passionnants dans le domaine de la santé mentale de la femme. Les femmes ont trouvé bien des moyens de faire face, ou d'échapper, à un système de santé mentale qui s'est beaucoup trop souvent contenté de refléter les normes sociales et «d'aider» les femmes à accepter leur place dans la société et leur sort. Aujourd'hui, je traiterai de trois éléments : les barrières et les obstacles à la santé mentale des femmes; comment ces dernières, en dépit parfois de difficultés énormes, ont trouvé divers moyen de maintenir, de retrouver et de promouvoir leur santé mentale; enfin, dans quelle mesure une plus grande cohésion dans les idées et les stratégies que les femmes ont utilisées, la reconnaissance de leur valeur ainsi que l'obtention des fonds voulus et d'autres formes d'appui pourraient permettre de créer des systèmes de soins et d'entraide et favoriser, ce faisant, une santé mentale optimale pour toutes les femmes.

Barrières et obstacles

Les statistiques sont éloquentes dans ce cas. En général, les désordres mentaux sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (voir Bushfield, 1982). À preuve, deux fois plus de femmes que d'hommes vont dans des cliniques en consultation externe, se rendent dans les services psychiatriques d'hôpitaux généraux ainsi qu'au cabinet de psychiatres (voir Berger, 1985). Certains diagnostics sont posés beaucoup plus souvent pour des femmes. Par exemple, de deux à dix-neuf fois plus de femmes que d'hommes souffrent de troubles de l'alimentation, d'agoraphobie, d'hystérie, de troubles de panique, de dépression nerveuse ainsi que de troubles de la personnalité dépendante et de ses états limites. Selon des études, les lesbiennes et les femmes hétérosexuelles célibataires (qui n'ont jamais été mariées) ont une meilleure santé mentale que les femmes mariées (voir Rosen, 1974; Brown et Harris, 1978). D'autres études ont montré que les femmes qui sont à la fois ménagères et membres de la population active échappent à la dépression, bien qu'elles aient deux emplois (voir Warr, 1982; Roy, 1981). Selon une étude, 25 p. 100 des ménagères à plein temps prennent des psychotropes, contre 19 p. 100 femmes qui occupent un poste à temps partiel et 11 p. 100 seulement de celles qui travaillent à plein temps à l'extérieur de la maison (voir Guse et al, 1976). En Angleterre, Moss et Plavis ont constaté, en 1977, que 52 p. 100 des mères d'enfants d'âge préscolaire souffraient de détresse ou de dépression à un degré allant de modéré à profond. De même, Brown et Harris ont constaté, en 1978, que les femmes qui ne se sont jamais mariées ou celles qui se sont mariées mais n'ont pas d'enfants ont 5 p. 100 moins de risques de souffrir de dépression, tandis que les femmes mariées dont les enfants ont plus de six ans ont 18 p. 100 plus de chances d'être atteintes de ce mal et celles qui ont un ou plusieurs enfants de moins de six ans ont 27 p. 100 de chances de l'être.

Une interprétation raisonnable de ces données consiste à dire que le rôle de mère et d'épouse qui reste à la maison pour élever de jeunes enfants est très difficile pour la plupart des femmes dans notre civilisation. Dans son étude intitulée: «Le travail domestique — quelqu'un doit le faire», Penny Kome a indiqué, en 1982, que les deux tiers de ses répondantes étaient insatisfaites de leur rôle de mère et de ménagère. Le dernier tiers s'est déclaré satisfait; cependant, presque toutes ces femmes étaient déçues que leurs efforts ne soient pas reconnus et de n'avoir du «feedback» que si un problème se posait.

Bien des auteurs ont décrit les liens entre la détresse psychologique des femmes et le rôle traditionnellement associé à leur sexe. Les femmes sont là pour servir; elles doivent être douces et assumer la responsabilité des rapports entre les gens, surtout entre les membres de la famille. On les tient responsables de la manière dont les enfants «tournent» (voir Penfold, 1985). En conséquence, elles se sentent souvent inadéquates, coupables et dépourvues de recours.

En raison du rôle secondaire qu'elles jouent sur le plan social, les femmes sont souvent coincées dans une situation inférieure, au travail ou chez elles. Le rôle peu gratifiant, restrictif, presque humiliant que les femmes jouent dans la société moderne crée des problèmes sur le plan émotionnel. La discrimination à l'égard des femmes est réelle, surtout en ce qui concerne l'éducation et l'emploi, mais bon nombre d'entre elles se jugent responsables de leur insuccès. Les femmes occupent des postes dans les secteurs les moins bien payés et ceux où les chances d'avancement sont nulles. Leur faiblesse ou leur inaptitude à faire face aux pressions du travail et aux attentes connexes entraînent un taux élevé de «burn-out». Dans son ouvrage intitulé *Labelling Women Deviant*, publié en 1984, Schur décrit les «facteurs de contrôle de la maternité» que subissent les femmes. Celles qui ne projettent pas l'image idéale de la femme mariée, mère et ménagère qui élève ses enfants parfaitement, dans la joie, sont terriblement stigmatisées, dévalorisées. C'est par exemple, le cas de la femme qui a

décidé de ne pas avoir d'enfants, de la mère célibataire, de celle qui travaille à l'extérieur et de celle à laquelle l'éducation de ses enfants pose des problèmes ou dont on pense qu'elle appartient à la catégorie des «mères dénaturées».

Outre ces facteurs d'ordre général, d'autres éléments précis influent sur la santé mentale des femmes : la pauvreté, les conditions de logement inadéquates, le manque d'espace de jeu pour les enfants, une scolarité restreinte et un manque de compétences sur le plan professionnel, le chômage, la «monoparentalité», la famille nombreuse, l'absence d'un réseau d'aide ou de personnes prêtes à fournir leur appui, la violence physique du conjoint et, enfin, l'alcoolisme ou la toxicomanie chez certains membres de la famille.

Pour récapituler, voici les principaux facteurs qui entraînent la détresse émotive chez les femmes :

- des pressions et des exigences très fortes;
- une aptitude réduite ou une inaptitude à réagir efficacement face à leur condition immédiate;
- une non-reconnaissance, ainsi qu'un manque d'aide ou d'encouragement de la part des personnes qui jouent un rôle déterminant dans leur existence.

Il faut ajouter à cela les formes de stress qui accompagnent les diverses phases de l'existence et les différents événements de cette dernière, à savoir : la grossesse, l'accouchement, le «post-partum», la quarantaine, la ménopause, la séparation, le divorce, la maladie, la mort, la perte d'un emploi, le chômage prolongé.

Parmi les facteurs de risque, notons ce qui constitue un obstacle pour bien des femmes — les rencontres avec des professionnels de la santé physique et mentale. Dans notre livre, que nous avons intitulé *Women and the Psychiatric Paradox* (Voir Penfold et Walker, 1983), Gillian Walker et moi-même avons essayé de délimiter les fonctions paradoxales de la psychiatrie, de montrer en quoi elle constitue un élément déterminant de domination sociale, et de montrer le rôle envahissant qu'elle joue dans la préservation des normes sociales, notamment le renforcement du rôle traditionnel des femmes. Le paradoxe que nous avons souligné est le suivant : la psychiatrie appartient aux mécanismes idéologiques et coercitifs de la société industrialisée, mais, simultanément, elle veut à tout prix réduire les tensions et résoudre les problèmes que créent cette société et ses institutions. Ce lien non reconnu avec l'infrastructure sociale permet à la psychiatrie d'opprimer certains de ceux mêmes qu'elle a la prétention et, de fait, l'intention réelle d'aider. La psychiatrie revendique un ensemble objectif et scientifique de connaissances grâce auquel elle se propose de comprendre et de soigner des troubles de nature mentale. À l'aide de son «modèle de service professionnel», elle fournit un cadre précis pour blâmer la victime. Son but est de faire correspondre et de restreindre à l'individu et à la famille la détresse et les dommages causés par la société dans laquelle nous vivons ainsi que les défauts de fonctionnement qui lui sont inhérents. La psychiatrie est donc devenue la réponse à bien des problèmes de nature sociale; elle peut fournir une raison de maintenir le statu quo dans la société.

Le paradoxe que nous avons évoqué donne naissance à un flot de contradictions qui souligne la nature non scientifique et culturelle de l'entreprise psychiatrique. Ce qu'on ne mentionne pas dans les ouvrages de psychiatrie, mais qui a été souligné par un certain nombre d'auteurs féministes, c'est la mesure dans laquelle les difficultés liées au rôle des femmes contribuent aux divers troubles beaucoup plus fréquents chez elles que chez les hommes à savoir : les troubles de l'alimentation, la dépression, l'agoraphobie, les troubles de panique, l'hystérie, les troubles de la personnalité dépendante et de ses états limites. Un taitement inadéquat, surtout dans la relation thérapeute(homme)-cliente, peut aller du sexisme à l'abus sexuel. Les thérapeutes s'occupent peut-être avant tout d'adapter les femmes aux réalités sociales, mais ils peuvent de surcroît (traduction) «favoriser une dépendance sur le plan émotionnel, une tentation du flirt ou une stimulation sexuelle qui encouragent parfois une femme à mettre un terme à son mariage dans l'espoir d'un avenir plus agréable» (voir Novara, 1984). Divers auteurs ont montré que 15 à 16 p. 100 des thérapeutes de sexe masculin ont des rapports avec leurs patientes; or, selon ces mêmes auteurs, la proportion est de 2 à 3 p. 100 seulement dans le cas inverse (voir Schoener et al., 1984). Les médecins ne cessent de prescrire deux fois plus de tranquillisants mineurs et d'antidépresseurs aux femmes, les patientes auxquelles on en prescrit le plus étant celles qui ont des enfants d'âge préscolaire (voir Stephenson et Walker, 1980).

Malgré le lien évident qui existe entre les événements de l'existence et la dépression et l'anxiété, les psychiatres sont de plus en plus convaincus que les troubles psychiatriques ont une cause biochimique, et ils réussissent de plus en plus à en convaincre le public. Si le médecin prescrit un psychotrope, outre des effets secondaires ennuyeux, voire dangereux, le médicament en question a les effets suivants : il confirme à la femme qui le prend qu'elle a un problème; il diminue la valeur du symptôme venant de son caractère «embêtant»; il empêche de trouver la solution au problème sous-jacent; il favorise la passivité de la femme, et il permet à ses proches, famille et amis, de la juger névrotique et de refuser toute part de responsabilité. Le blâme de la mère, prédominant dans la théorie et la pratique psychiatriques, est un autre secteur où, en raison des stéréotypes relatifs à la place de la femme et à son rôle dans la société, on attribue une part indue de responsabilité à la mère de l'enfant ou de l'adulte qui a des troubles émotifs, en laissant de côté ou en minimisant d'autres causes possibles sur les plans social, environnemental ou interfamilial. Récemment (en 1985), dans leur article conjoint intitulé «Mother-blaming in major clinical journals», Caplan et Hall-McCorquodale ont prouvé que cette tendance se

poursuit au même rythme, apparemment sans être ébranlée par le mouvement féministe.

Solutions élaborées par les femmes

Nous voyons donc qu'une femme risque de se retrouver victime du système de santé mentale qui est censé l'aider. La thérapie peut se contenter de reproduire le rapport dominant-dominé du mariage traditionnel. Une femme peut avoir affaire à un conseiller pour qui le résultat visé dans la thérapie est le maintien de la femme dans son rôle traditionnel. Elle peut supporter le harcèlement ou une exploitation sur le plan sexuel de la part de thérapeutes de sexe masculin. Elle peut sentir que la thérapie familiale ou la thérapie de couple vise à «rendre les rênes à l'homme»; que les thérapeutes essaient de la convaincre que c'est *elle* qui incite son partenaire à la violence sexuelle et la rendent responsable des difficultés de ses enfants.

Beaucoup de femmes, conscientes, d'une part, du sexisme qui règne dans le système de santé mentale, et du contrôle qu'il exerce sur le plan social, et, d'autre part, de la stigmatisation et de l'opprobre liés au terme «malade mental» en sont venues à rejeter les services traditionnels pour chercher, élaborer ou appuyer d'autres solutions. Des théoriciennes féministes nous ont aidées de façon fort intéressante à comprendre le processus de développement psychologique des femmes. Mentionnons quelques ouvrages seulement : les travaux de Nancy Chodorow sur la maternité (1978), les travaux de Bernadez sur les femmes et la colère (1978), le livre de Jean Baker Miller sur l'expérience des femmes et leurs conflits (publié en 1976), l'adaptation du cadre psychanalytique par Luise Eichenbaum et Susie Orbach (1982), l'analyse du «langage synthétique» publiée en 1985 par Dale Spender et, enfin, le nouveau cadre élaboré par Carol Gilligan (1982) pour la compréhension du processus de développement moral des femmes.

La thérapie féministe a franchi plusieurs étapes durant les quinze dernières années. Elle est très mal comprise; d'une part, elle peut être perçue comme une manoeuvre politique, menaçante et d'une validité douteuse et, d'autre part, comme une autre école de thérapie, la «n...ième», dont on peut enseigner les principes à n'importe qui, féministe ou non.

La thérapie féministe part du principe que l'idéologie, la structure sociale et le comportement en société ont des liens inextricables. Elle fait comprendre le caractère injuste des stéréotypes sexuels et essaie d'aider la femme à se débarrasser de ces stéréotypes pour pouvoir se réaliser. Les rapports de force entre la thérapeute et sa cliente sont réduits au minimum. La personne qui effectue la thérapie souligne les points forts de la cliente, sa compétence, elle évite de créer une dépendance, tout comme elle évite de créer, selon le cas, un sentiment de culpabilité ou de blâme.

Certaines femmes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale ont eu une réaction positive face aux préoccupations des femmes et aux nouvelles connaissances dans ce domaine. Elles ont écrit des articles opportuns dans des revues spécialisées; elles ont été plus réceptives aux besoins des femmes de leur collectivité et ont créé des groupes de travail au sein de leurs organisations professionnelles respectives.

On a récemment restructuré le groupe de travail chargé d'étudier les problèmes des femmes au sein de la Société canadienne de psychiatrie; il est devenu la section Étude des problèmes féminins. Au cours des années, ce groupe a étudié les besoins des patientes, appliqué les résultats des nouvelles recherches sur les questions liées aux femmes à la psychiatrie, et appuyé les efforts déployés par les femmes de cette profession pour jouer un rôle plus actif dans des organismes tant locaux que canadiens.

Il existe des groupes similaires dans les associations nationales de psychologues et de travailleurs sociaux. Par exemple, le comité sur le statut de la femme de l'Association des psychologues du Canada a formulé des lignes directrices concernant la thérapie et le counseling des femmes, qui sont fort utilisées.

Le groupe de travail de la Société canadienne de psychiatrie a eu une certaine influence; par exemple, il a récemment adressé à la Société une recommandation sur le besoin de traiter le problème des agressions sexuelles perpétrées par le psychiatre sur sa patiente. Pourtant, son influence reste limitée dans une profession où les hommes sont plus nombreux, où leur leadership demeure profondément enraciné et où l'on croit généralement que la psychiatrie dispose d'un ensemble scientifique de données, ce qui devrait rapprocher les psychiatres des autres médecins.

Ce domaine est un pôle d'attraction pour les femmes qui terminent des études en médecine; depuis quelques années déjà, près de la moitié des internes résidents sont des femmes. Il en résulte que l'on trouve maintenant beaucoup plus de femmes psychiatres. Ces médecins ont été inondés de demandes provenant de femmes qui préfèrent avoir affaire à une autre femme. L'argument le plus couramment invoqué est le suivant : «Je veux voir une personne qui me parlera de mes problèmes et de mes sentiments et ne se contentera pas de me prescrire des médicaments.»

Au cours des dix ou vingt dernières années, une foison de groupes de soutien et d'entraide, de réseaux et autres groupes ont été créés dans la collectivité, non seulement pour répondre aux pressions du mouvement féministe et à son analyse de la nature patriarcale de la pratique médicale, mais aussi pour réagir face à des opinions plus répandues concernant le schéma que suit la maladie et la dépendance qu'elle entraîne, le besoin de retrouver pouvoir et autonomie et la valeur thérapeutique d'un regroupement de personnes qui ont le même problème ou qui l'ont déjà eu, qu'il s'agisse d'un mari qui bat sa femme, d'un enfant atteint de fibrose kystique, d'un parent schizophrène ou d'un adolescent particulièrement difficile.

Les zones urbaines offrent généralement diverses possibilités aux femmes désireuses d'évoluer ou de changer, ou qui traversent des phases ou des événements stressants de leur existence. Si l'on parcourt l'annuaire des services du Grand Vancouver, on constate que chaque quartier a son propre centre où les femmes peuvent obtenir de l'information et des noms de personnes qu'elles peuvent consulter; un refuge, un service de counseling par les pairs, divers programmes d'éducation et de perfectionnement et, parfois, un comptoir d'échange de vêtements, des cours de langues et un service d'aide juridique pour les familles à faible revenu.

L'Université de la Colombie-Britannique dispose d'un centre de ressources pour les femmes qui offre les services suivants : planification de l'avenir, réalisation du potentiel personnel, planification de la carrière, équipe de recherche d'un emploi, aide à la rédaction de curriculum vitae, administration de tests psychologiques, acquisition de nouvelles compétences et renseignements sur les centres de formation. Il existe plusieurs centres et services téléphoniques d'intervention en cas de viol ainsi qu'un certain nombre de services de soutien et d'entraide pour les victimes d'agressions sexuelles. Il existe, par exemple, un service d'aide aux femmes battues, un réseau d'aide aux femmes d'âge mûr, les groupes *Vancouver Status of Women*, *Vancouver Women in Focus* (centre d'arts et d'expression féministes), le *WenDo West Centre* (groupe d'auto-défense dont le programme est créé spécialement pour les femmes), le *Women's Research Centre*, le *Women's Health Collective* (collectif de santé pour les femmes) et des maisons-refuges; enfin, le YMCA a une maison-refuge qui offre un autre type de services, notamment des services de counseling et de soutien (par exemple, pour les mères célibataires), des programmes de formation et de perfectionnement des bénévoles, des programmes de perfectionnement personnel et professionnel, des clubs sociaux, des services de garde d'enfants, etc. Certains services qui ne figurent pas dans la rubrique des centres de femmes se trouvent néanmoins ailleurs dans l'annuaire; ce sont, par exemple, les programmes d'aide aux obèses, aux personnes qui ont des troubles de nutrition, des difficultés avec leurs enfants ou des enfants malades, aux veuves, aux personnes séparées ou divorcées, etc.

Les services réservés aux femmes se sont heurtés à bien des difficultés et ont été enfermés dans nombre de dilemmes : comment obtenir un financement? Doit-on essayer de pénétrer dans le réseau médical ou celui des services sociaux pour s'assurer un financement constant? Dans l'affirmative, le service devra-t-il mettre de côté son engagement envers les principes féministes, pour devenir un simple élément de la bureaucratie et, ce faisant, risquer d'opprimer les femmes au lieu de les aider? Le service devrait-il essayer de rester complètement en dehors du système et donc compter sur les campagnes de souscription et sur le bénévolat, approche qui va à l'encontre des principes féministes, selon lesquels les femmes doivent être payées en fonction du travail qu'elles font? Les demandes répétées de subventions, les tentatives frustrantes d'obtenir des souscriptions ainsi que le respect difficile d'un budget annuel maigre (voire squelettique) ont placé de sérieux obstacles sur la route de bien des programmes destinés aux femmes : dans certains cas, ils ont même entraîné leur disparition.

L'évolution différente de trois programmes destinés aux femmes, mis sur pied à Vancouver au début des années soixante-dix (voir Riddington, 1982), illustre les difficultés et les dilemmes évoqués plus haut.

Le *Vancouver Women's Health Collective* (WHC) est souvent décrit comme le «collectif qui a réellement marché». Ce centre fournit des informations, un réseau de consultation, du counseling concernant les problèmes de santé des femmes (notamment les problèmes de santé mentale, comme la surprescription de psychotropes). Il dispose d'une bibliothèque et tient des dossiers sur les médecins. Son personnel est composé de bénévoles; on lui a accordé plusieurs subventions et il reçoit des dons. Dans l'ensemble, ce service est autonome et extérieur au système traditionnel de santé.

En revanche, le groupe de femmes responsables de la *Transition House* (maison-refuge) a rejeté l'aide de bénévoles; elles tenaient à ce que le choix des employés soit fait collectivement et à ce que ces derniers soient rémunérés. Les fonds provenaient de la *Children's Aid Society*, du *Vancouver Resources Board* et du ministère des Ressources humaines. Il y a plusieurs années, la *Vancouver Transition House*, tout comme d'ailleurs beaucoup d'autres centres, a été privatisée; dorénavant, c'est le YMCA qui s'en occupe. Le financement gouvernemental, la syndicalisation ainsi que des échelles de salaires trop différentes ont réduit l'autonomie de ce collectif. Les détracteurs de ce programme ont accusé le collectif de faire partie de la bureaucratie, de traiter les femmes avec dureté, de ne leur permettre que des séjours brefs et de les accabler de règlements humiliants. Mais il y a quand même de bons côtés; par exemple, étant donné cette affiliation avec la bureaucratie, des femmes battues et dans une situation financière désespérée sont envoyées au collectif par les services sociaux et le système judiciaire; d'elles-mêmes, elles ne franchiraient jamais le pas. On voit donc des femmes autochtones, des immigrantes, des femmes qui ont été isolées dans leur maison depuis des années entrer en rapport avec des femmes, les employées du centre, qui leur prouvent qu'on peut être forte, compétente et en pleine maîtrise de son existence.

Rape Relief, organisme qui, au début, faisait accompagner les victimes de viol en cour par des employées et qui bénéficiait de diverses subventions, a changé d'optique en 1980. On conseille maintenant aux victimes de ne plus comparaître, mais d'aller, avec l'appui d'un groupe de femmes, rencontrer le «violeur». À peu près à la même époque, *Rape Relief* a décidé de créer un autre refuge, de type différent, sans subvention gouvernementale. Ces changements ont soulevé bien des controverses au sein du

mouvement féministe; ils ont finalement entraîné la création d'un autre centre d'intervention d'urgence en cas de viol, appelé *Women Against Violence Against Women. Rape Relief* continue de fonctionner à partir de dons et en employant des bénévoles.

Vers une santé mentale optimale pour toutes les femmes

Passons, si vous le voulez bien, à ma troisième préoccupation : comment pouvons-nous créer des schémas de soins et d'entraide qui permettraient à toutes les femmes de jouir d'une santé mentale optimale? La réponse est difficile à donner. Qu'entend-on par «santé optimale» dans le contexte actuel de chômage et de coupures? Il faut se souvenir que les causes de bien des problèmes de santé mentale qui se posent aux femmes sont la pauvreté, la discrimination, le harcèlement sexuel et l'exploitation connexe, la violence dirigée vers les femmes, l'inégalité sur le plan des salaires, l'absence d'un système adéquat de garde d'enfants, la monoparentalité, le fait que les travaux ménagers ne sont pas tangibles, etc. En se basant sur son travail avec des femmes à faible revenu, Deborah Belle écrivait en 1980 ce qui suit (traduction) :

> «Il est clair que les problèmes émotionnels des mères ayant un faible revenu ne peuvent être résolus par les psychologues et psychiatres seulement. Ces femmes doivent pouvoir obtenir un poste qui leur permette de gagner suffisamment d'argent pour franchir le seuil de la pauvreté. Elles doivent pouvoir compter sur une aide fiable pour leurs enfants. Bon nombre d'entre elles ont également besoin de types d'entraide et de thérapie qui tiennent compte de la cause sociale de la dépression et du fait qu'elle provient, dans ce cas, de la discrimination, de la pauvreté et des responsabilités excessives.»

Si l'on ne résout pas ces problèmes sociaux et environnementaux chroniques et fort répandus, une amélioration sensible de la santé mentale de toutes les femmes reste utopique. Il nous est plus facile, en revanche, de faire comprendre aux femmes comment la société et ses attentes peuvent façonner leur existence; de leur décrire les solutions possibles et de leur donner des renseignements compréhensibles concernant les processus de perfectionnement, la dynamique de la famille et les besoins émotionnels.

Le chômage demeurera élevé et l'on coupera davantage dans les dépenses de la Fonction publique. Bien qu'on puisse s'attendre à plus de difficultés pour nous tous et toutes, la situation sera pire encore pour ceux qui souffrent même en temps d'opulence, c'est-à-dire les pauvres, les minorités ethniques, les personnes âgées et les femmes. En ce qui concerne les services, il est ironique de constater que les coupures budgétaires font souvent disparaître des types de services nouveaux, et que les types traditionnels, généralement plus coûteux, ne sont pas touchés. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a expliqué qu'il coupait les services sociaux car les services devraient être fournis par des psychiatres ou des cliniques de santé mentale. En ce qui concerne, par exemple, le service de counseling relatif au post-partum, qui offrait une combinaison unique de services bénévoles et professionnels de counseling et d'entraide, en aucun cas des consultations de temps en temps avec un psychiatre ne peuvent remplacer l'aide multi-dimensionnelle donnée par ce service.

Si l'on s'éloigne des services de santé traditionnels pour s'appuyer davantage sur des groupes de soutien et d'entraide, non seulement on obtiendra des résultats positifs, mais en outre, on supprimera la stigmatisation associée au fait de consulter un psychiatre ou d'avoir recours à des services de santé mentale, et cela coûtera moins cher que de traiter ces personnes individuellement. Pour réduire le sentiment d'opprobre, il faut installer les groupes de soutien à des endroits non traditionnels et moins menaçants, loin des hôpitaux ou des cliniques de santé mentale, par exemple dans des églises, des écoles et des centres communautaires.

Lorsqu'on aura trouvé des moyens d'affecter certains des fonds de nos budgets réservés aux services sociaux et aux services de santé à ces groupes, on devra s'assurer que la façon dont les subventions sont octroyées permet à ces groupes de fonctionner de manière autonome, équitable, afin qu'ils ne deviennent pas graduellement des éléments de la bureaucratie aux prises avec tous les problèmes de hiérarchie, les règlements, etc., qui étouffent la créativité et empêchent le changement. Il faudrait disposer d'une gamme variée de groupes de soutien et d'entraide qui s'occuperaient des phases particulières de l'existence des femmes, des événements stressants de cette existence, des problèmes sociaux et émotionnels communs; au besoin, ces groupes devraient s'adresser aux femmes appartenant à différentes ethnies et couches sociales. Ces groupes auraient surtout pour but de démystifier les problèmes éprouvés par les femmes, de renseigner, de mettre l'accent sur les points forts et les ressources des participantes, d'aider ces dernières à trouver des solutions novatrices pour leurs problèmes et, enfin, de créer des réseaux.

Cette gamme étendue de groupes de soutien et d'entraide ferait changer le rôle des professionnels de la santé mentale. Ceux-ci, qui n'auraient plus à se préoccuper de problèmes sociaux et de «problèmes de l'existence», pourraient consacrer plus de temps aux personnes souffrant de maladie mentale grave, et pourraient offrir une consultation basée sur les programmes et les cas particuliers pour appuyer les services qui demandent ce type de consultation. Ces changements devraient s'accompagner d'une nouvelle orientation dans la formation des professionnels de la santé; il faudrait mettre beaucoup plus l'accent sur les compétences collectives, sur les modèles de systèmes et les modèles communautaires, ainsi que, de façon continue, sur les vicissitudes des stéréotypes sexuels pour les femmes autant que pour les hommes. Les femmes apprendraient

à être plus sûres d'elles-mêmes tandis que les hommes apprendraient l'empathie. L'étude des problèmes spécifiquement féminins aurait la priorité.

Le plus important, Jean Baker Miller l'a bien résumé en 1984 dans la remarque suivante (traduction) :

> «Une véritable alliance entre les consommatrices et les professionnelles de la santé mentale permettrait de constituer une nouvelle force dans ce système . . . en effet, les femmes constituent une source de pouvoir réel dans le secteur de la santé mentale. Ce qui peut nous retenir, et cela caractérise bien des groupes impuissants et en particulier les femmes, c'est le fait que nous ne sachions pas et ne reconnaissions pas que nous sommes en mesure d'obtenir ce pouvoir.»

Pour conclure, je dirai ceci : J'ai essayé de vous donner un aperçu des questions actuelles concernant la santé mentale des femmes et des développements dans ce domaine. L'évolution est remarquable, mais il reste bien des obstacles, notamment les handicaps énormes sur le plan social et environnemental qui bloquent les femmes; le schéma typique qu'on applique à toutes les formes d'anxiété et de dépression; enfin, le fait que presque tous les postes clés, sinon tous, dans les organismes gouvernementaux et dans les professions associées à la santé mentale, sont occupés par des hommes.

Références

Belle, D., et al. *Fighting Stress and Depression: Exemplary Programs for Low Income Mothers*. Cambridge, Mass.: Stress and Families Project, Université Harvard, 1980.

Berger, J. "Private practice: the first five years." *Revue canadienne de psychiatrie*, 30(1985): 566–572.

Bernadez, T. "Women and anger: conflicts with aggression in contemporary women." *Journal of the American Medical Women's Association*, 33(1978): 215–219.

Brown, G.W., et T. Harris. *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock Publications, 1978.

Busfield, J. "Gender and mental illness." *International Journal of Mental Health*, 11(1982): 46–66.

Caplan, P.J., and I. Hall-McCorquodale. "Mother-blaming in major clinical journals." *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(1985): 345–353.

Chodorow, N. *The reproduction of mothering*. Berkeley: University of California Press, 1978.

Eichenbaum, L., et S. Orbach. *Understanding women: a feminist psychoanalytic approach*. New York: Basic Books, 1983.

Gilligan, C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1982.

Guse, L., et al. *Winnipeg survey of prescription (mood altering) drug use among women*. NMUDD, Manitoba Alcoholism Foundation, octobre 1976.

Kome, P. *Somebody has to do it: whose work is housework?* Toronto: McLelland and Stewart, 1982.

Miller, J.B. *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon Press, 1976.

Miller, J.B. "Women's mental health issues: moving forward with awareness and program alternatives." *Women and Therapy*, 3, 3–4(1984).

Moss, P., et I. Plavis. "Mental distress in mothers of preschool children in inner London." *Psychological Medicine*, 7(1977): 641–652.

Novara, R. "Women and mental health: a community viewpoint." *Women and Therapy*, 3, 3–4(1984): 57–62.

Penfold, P.S. "Parents' perceived responsibility for children's problems". *Revue canadienne de psychiatrie*, 30(1985): 255–258.

Penfold, P.S., et G.A. Walker. *Women and the psychiatric paradox*. Montréal: Eden Press, 1983.

Riddington, J. "Providing services the feminist way." Extrait de *Still ain't satisfied: Canadian feminism today*. Toronto: Women's Press, 1982.

Rosen, D.H. *Lesbianism: a study of female homosexuality*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1974.

Roy, A. "Risk factors and depression in Canadian women." *Journal of Affective Disorders*, 3(1981): 65–70.

Schoener, G., et al. "Sexual exploitation of clients by therapists." *Women and Therapy*, 3, 3–4(1984): 63–69.

Schur, E. *Labelling women deviant: gender, stigma and social control*. Philadelphie: Temple University Press, 1984.

Spender, D. *Man made language*. Deuxième édition. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1985.

Stephenson, P.S., et G.A. Walker. "Psychotropic drugs and women." *Bioethics Quarterly*, 2(1980): 20–38.

Warr, P., et G. Parry. "Paid employment and women's psychological well being." *Psychological Bulletin*, 91(1982): 498–516.

Groupe de discussion

Toxicomanie: données récentes, répercussions et questions d'actualité

1 L'alcool

Louise Nadeau est responsable du Certificat de toxicomanie à la Faculté d'éducation permanente de l'Université de Montréal (Québec). Pour l'instant, elle termine un doctorat en psychologie. Louise a collaboré à la rédaction d'ouvrages sur l'alcoolisme chez les femmes du Québec et s'est récemment intéressée à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un programme de formation pour le personnel des services sociaux et de santé du Québec. Elle apparaît également à l'émission de télévision bimestrielle «Au jour le jour».

Mon propos est celui des femmes et de l'alcool. En 1981, lorsque Céline Mercier et moi avons reçu une subvention pour faire l'état sur cette question au Québec, nous avions la secrète croyance que les changements de rôles chez les femmes avaient amené une augmentation du taux d'alcoolisme parmi elles. En fait, sans trop nous en rendre compte, nous avions fait nôtre l'hypothèse populaire (et sexiste) selon laquelle les femmes, étant donné leur accès à une plus grande égalité des rôles, seraient «punies par où elles ont péché» : on pensait trouver chez elles les mêmes problèmes d'alcool que chez les hommes, soit une augmentation du taux d'alcoolisme qui se manifesterait par une convergence entre les ratios de mortalité et de morbidité.

La recension d'écrits et la consultation des données statistiques allaient nous réserver quelques surprises . . .

Les données épidémiologiques indiquent que de plus en plus de femmes canadiennes consomment de l'alcool : 80 % des femmes disent en consommer alors que tel est le cas de 88 % des hommes. Mais, consommer n'est pas abuser . . . Les données concernant la mortalité et la morbidité sont peut-être plus éclairantes. Parmi les personnes qui meurent des suites de l'alcoolisme, il y a six hommes pour une femme. Ce ratio est à prédominance masculine et il n'a pas changé depuis 1978. En ce qui a trait à la morbidité, c'est-à-dire à l'admission en traitement, le ratio est plus petit que pour la mortalité — il est de 4:1. Les interprétations apportées pour expliquer cette augmentation de la fréquentation des centres de traitement par les femmes sont nombreuses. Tout d'abord, le mouvement des femmes a contribué à diminuer la stigmatisation associée à l'alcoolisme féminin. En conséquence, plus de femmes consentiraient à aller chercher l'aide dont elles ont besoin. Ensuite, les centres de traitement répondent sans doute mieux qu'auparavant aux besoins des femmes. Ceci dit, même si le ratio concernant le signalement en traitement est plus petit que celui de la mortalité, il faut bien dire que l'alcoolisme demeure un phénomène masculin. Ainsi, l'épidémie catastrophique à laquelle on s'attendait n'est pas survenue!

Les données cliniques, c'est-à-dire les caractéristiques des femmes admises en traitement pour alcoolisme, ont révélé un autre portrait, restreint à un petit nombre mais lourdement chargé. On constate ainsi que, dans les centres de traitement, les femmes socio-économiquement faibles de même que celles qui sont célibataires, séparées ou divorcées sont surreprésentées par rapport à la population générale. En ce qui a trait aux modèles de consommation, ces femmes ont souvent commencé à boire de façon problématique vers l'âge de 30 ans, soit trois ou quatre ans plus tard que leurs homologues masculins. De plus, pour plusieurs d'entre elles, il semble que cette consommation soit consécutive à un événement à caractère stressant.

Le bilan de santé mentale donne une idée de la coloration particulière que prennent les difficultés de la plupart des femmes en détresse — celles qui ont des troubles liés à l'alcool et toutes les autres. Ainsi, dans la population générale, il y a plus de tentatives de suicide chez les femmes que chez les hommes et plus de suicides réussis chez les hommes que chez les femmes. Or, on pourrait s'attendre à retrouver cette statistique chez les femmes admises en traitement pour alcoolisme, mais cette observation ne se retrouve pas. Il semble en effet qu'il y ait plus de suicides complétés chez elles que chez leurs homologues masculins, bien que les études sur le sujet ne soient pas des plus concluantes. On constate aussi plus d'antécédents psychiatriques chez ces femmes : avant d'être admises en traitement pour alcoolisme, elles ont souvent été traitées pour la dépression ou l'anxiété. L'estime de soi est plus faible chez elles que chez les femmes non alcooliques et que chez leurs homologues masculins. Enfin, ces femmes présentent plus que les hommes des symptômes de dépression. Ainsi, les données sur les populations cliniques font voir une souffrance très grande qui semble se manifester par de nombreux symptômes psychiatriques.

Somme toute, en dépit de ce qui précède, la recension d'écrits n'indique aucune différence entre le pronostic des

femmes et des hommes en traitement pour alcoolisme : une fois en traitement, les femmes se réadaptent aussi bien que les hommes. Notons qu'on ne sait pas quel genre de traitement donne les meilleurs résultats. Par exemple, la littérature ne permet pas d'établir s'il est préférable qu'une femme soit en thérapie avec une femme ou avec un homme. D'une part, les meilleures études évaluatives, tel le *Rand Report*, comportent des échantillons exclusivement masculins; d'autre part, il est méthodologiquement très difficile de mener des études permettant de comparer l'impact d'un travail thérapeutique mené exclusivement par et auprès de femmes et celui qui comprendrait des participants et des intervenants des deux sexes. Une telle étude n'a pas été réalisée, sans doute en raison des autres facteurs extérieurs à la recherche qui viendraient embrouiller les résultats.

Nos phantasmes catastrophiques d'une épidémie d'alcoolisme chez les femmes ne se sont pas réalisés et les femmes qui ont des troubles liés à l'alcool sont maintenant plus nombreuses à aller chercher de l'aide. Ce sont là deux heureuses constatations. Le tableau clinique des femmes admises en traitement pour alcoolisme nous amène cependant à noter que celles-ci affrontent des situations dont le coefficient de difficulté est plus considérable que celles de leurs vis-à-vis masculins. Cette spécificité de l'alcoolisme féminin repose sur la question des stratégies de soins qui répondraient aux problèmes particuliers de ces femmes.

Référence

Nadeau, L., C. Mercier et L. Bourgeois. *Les femmes et l'alcool au Québec et en Amérique du Nord*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, 1984.

Groupe de discussion

2 Les antidépresseurs

Susan Penfold est professeure agrégée à l'École de psychiatrie (Faculté de médecine) de l'Université de la Colombie-Britannique. À l'époque du Colloque, elle avait pris un congé sans traitement pour inaugurer la chaire nouvellement créée d'études féminines à l'Université Simon Fraser. Co-auteure de l'ouvrage intitulé «Women and the Psychiatric Paradox» publié en 1983, elle a beaucoup écrit sur la question des femmes par rapport à la psychiatrie, sur les plans théorique et pratique.

Trois pour cent de tous les médicaments prescrits par les médecins au Canada sont des antidépresseurs. Sur ce nombre, 85 p. 100 sont des tricycliques, 12 p. 100, des composés du lithium et 2,5 p. 100, des inhibiteurs de la monoamine oxydase. Ce sont les psychiatres qui remplissent la plupart des ordonnances pour le lithium et les inhibiteurs de la monoamine oxydase, tandis que les omnipraticiens prescrivent environ la moitié des tricycliques. Le nombre d'ordonnances de tricycliques et de lithium augmente chaque année. Chez les sujets âgés de 29 à 39 ans, les femmes sont deux fois et demie plus susceptibles que les hommes de se faire prescrire des tricycliques, plus de trois fois plus susceptibles de se faire prescrire du lithium et plus de sept fois, de recevoir des inhibiteurs de la monoamine oxydase. Au cours des dernières années, les indications servant à justifier le recours aux antidépresseurs se sont élargies et comprennent maintenant les attaques de panique, l'agoraphobie, les troubles de l'alimentation et le syndrome prémenstruel.

Le recours aux antidépresseurs pour le traitement de la dépression et des troubles présumés connexes est fondé sur la croyance selon laquelle la dépression serait causée par un dérèglement biochimique. Cette croyance, très répandue, est profondément enracinée et vigoureusement encouragée, malgré qu'il n'existe aucune preuve d'anomalie des neuro-transmetteurs du cerveau. Dans la quatrième édition du *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Schildkraut et ses collaborateurs admettent que les nouvelles données sur la biochimie des troubles affectifs (traduction) «forment un tableau plutôt déroutant et certainement incomplet», et déclarent que (traduction) «les états dépressifs *semblent* constituer un ensemble de troubles neuro-endocrino-métaboliques étroitement liés entre eux» (mot souligné par Susan Penfold).

Si l'on croit que la dépression est d'origine biochimique, il est normal de conclure que les médicaments constituent le traitement de choix. Encore une fois, cette conviction est très répandue, bien qu'il existe de nombreuses autres approches à la compréhension et au traitement de la dépression, approches qui peuvent être sociale, cognitive, comportementale, psychoanalytique, féministe, etc.; on peut également envisager la dépression comme une «impuissance acquise». Dans un autre chapitre du *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Georgotas déclare que (traduction) «pour de nombreux patients déprimés, même ceux qui répondent aux critères du DSM (Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux), . . . la pharmacothérapie a peu à offrir d'autre que de répondre aux attentes magiques du thérapeute et du malade . . . les taux de succès diffèrent très peu de ceux obtenus avec le placebo, c'est-à-dire qu'ils se situent entre 50 et 60 p. 100». Il ajoute que (traduction) «de nombreuses déviations par rapport à l'humeur normale sont aveuglément traitées à l'aide de tout un étalage de médicaments potentiellement dangereux».

Il n'est pas vrai qu'il existe une distinction nette entre l'état normal et les états dépressifs, comme nous l'enseignaient les anciennes théories. Les auteurs du Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux (DSM III) de l'*American Psychiatric Association* qui, en collaboration avec divers groupes de travail, ont essayé de définir des critères sûrs permettant de distinguer différents troubles, ont décrit de la façon suivante les différents signes qui permettent de reconnaître un «épisode dépressif majeur». Ces critères sont toujours utilisés :

A. Humeur dysphorique persistante : déprimé, cafardeux, irritable, sans espoir. Perte d'intérêt et perte de la capacité d'avoir du plaisir.

B. Au moins quatre des symptômes suivants doivent chacun avoir été présent presque tous les jours pendant au moins deux semaines:

- anorexie ou perte de poids, ou augmentation de l'appétit ou prise de poids*
- insomnie ou hypersomnie*
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- perte d'intérêt pour les activités habituelles ou baisse de l'activité sexuelle*
- perte d'énergie*
- sentiments d'indignité, d'auto-accusation ou de culpabilité excessive (inappropriée)
- diminution de l'aptitude à se concentrer ou indécision
- idéation suicidaire.

* = effets secondaires des antidépresseurs.

Ces critères suscitent bon nombre de difficultés. Premièrement, ils sont vagues et prêtent à l'interprétation subjective.

Qui doit décider de ce qui constitue une perte d'énergie significative et à quel moment la difficulté à dormir devient-elle de l'insomnie? Deuxièmement, ils sont si généraux que toute personne qui traverse une période de chagrin, de difficultés et de tension peut y répondre. Troisièmement, toute personne qui prend des antidépresseurs peut manifester ces symptômes à cause des effets secondaires produits par ces médicaments. Ces critères, qui mettent en évidence le manque de définitions bien précises dans ce domaine, montrent combien il peut être facile pour les fabricants de produits pharmaceutiques de tirer parti de ce stupéfiant manque de précision en proposant leurs produits comme des remèdes efficaces contre la dépression.

(Ici, le Dr Penfold présente plusieurs diapositives d'annonces publicitaires pour des produits pharmaceutiques, parues dans des revues médicales; dans l'une de ces annonces, le «sentiment d'impuissance» est présenté comme une indication appelant le recours à des antidépresseurs, tandis qu'une autre annonce, montrant un lit vide, s'accompagne d'un message selon lequel l'insomnie serait un symptôme de dépression appelant un antidépresseur. La majorité des annonces publicitaires pour les antidépresseurs montrent des femmes.)

En conséquence, les antidépresseurs sont prescrits, à mon avis, pour tout un éventail de problèmes, y compris le chagrin ou toute autre expérience associée à une perte, à un stress, à l'épuisement (burn-out) et à la souffrance. Une confiance bien enracinée dans leur efficacité, ajoutée au fait qu'ils n'atténuent aucunement les problèmes des patients et n'améliorent en aucune façon les conditions sociales déprimantes dans lesquelles elles vivent, mène à un usage prolongé. Des femmes, qui m'ont téléphoné après m'avoir entendue parler des ordonnances abusives à la radio et à la télévision de Vancouver, m'ont dit qu'elles prenaient des antidépresseurs depuis aussi longtemps que de deux à vingt ans. Selon elles, les médecins ne remettent jamais en question le diagnostic initial; si elles se plaignent de ce que les médicaments n'agissent pas, ils prescrivent un autre antidépresseur, d'un autre type ou d'une autre marque. Rarement sont-elles dirigées vers d'autres moyens de faire face à leur situation ou de surmonter la dépression. Outre leurs effets secondaires, ces médicaments ont des conséquences psychologiques négatives chez les femmes qui les prennent. Celles-ci en viennent en effet à se considérer comme des «malades», à se croire incapables de modifier leur situation; pour leurs parents et amis, elles sont elles-mêmes à la source du problème.

Malheureusement, j'ai bien peur que l'usage des antidépresseurs n'augmente au cours des prochaines années, pour remplacer peut-être, dans une certaine mesure, le valium et autres médicaments semblables, qui sont maintenant moins prescrits qu'ils ne l'étaient dans les années 70. À mon avis, le besoin d'information et d'action communautaires dans ce domaine est évident.

Groupe de discussion

3 Les tranquillisants mineurs

Jessica Hill, ancienne directrice du bureau régional de l'Ontario de la Direction de la promotion de la santé, est actuellement analyste intérimaire en politique à la Direction de la promotion de la santé. Elle travaille depuis de nombreuses années dans le domaine de la santé des femmes. Elle est co-auteure, avec le Dr Sheryl Ruzek, d'une publication de l'Organisation mondiale de la Santé intitulée *Positive Approaches to Promoting Women's Health*. En collaboration avec la regrettée Ruth Cooperstock, elle a également publié un petit ouvrage intitulé «Les effets de l'usage des tranquillisants».

J'aimerais pouvoir vous faire part de percées et de changements spectaculaires dans le domaine de l'usage des tranquillisants chez les femmes, qui est le sujet dont je traiterai aujourd'hui. Malheureusement, cela m'est impossible, car ces percées et changements ont été peu nombreux. Je vais plutôt essayer de vous convaincre que, dans le domaine de la santé des femmes, l'usage des tranquillisants constitue une question qui mérite une action et un intérêt renouvelés.

Pour appuyer ce que j'avance, je vous présenterai d'abord un bref historique de l'usage des tranquillisants. Puis nous parlerons de ce que nous savons des personnes qui prennent ces médicaments ainsi que des grandes questions et des principaux problèmes associés à leur usage. En conclusion, je poserai les questions que nous nous devrons d'aborder, en tant que féministes, au cours des prochaines années.

Des faits et des chiffres

L'arrivée des tranquillisants sur le marché au début des années 60 a été suivie d'une augmentation fulgurante de leur utilisation comme médicaments de jour; en outre, ils ont graduellement remplacé les barbituriques comme médicaments pour dormir. L'usage de ces médicaments a eu tendance à se stabiliser vers le milieu des années 70; des études faites à cette époque ont révélé qu'au cours d'une année, entre 10 et 20 p. 100 de la population avait reçu une ordonnance de tranquillisants. Depuis, le ratio entre les femmes et les hommes qui prennent ce genre de médicaments a été, dans l'ensemble, de l'ordre de 2 pour 1. Les premières données sur le sujet datent de 1970–1971 et viennent, malheureusement, des États-Unis; nous ne possédons pas de données comparables pour le Canada. Cependant, les données américaines nous fournissent un aperçu des débuts de l'utilisation de ces produits dans un pays où leurs modes de consommation ont été semblables à ceux constatés au Canada. Selon les données recueillies aux États-Unis, 12 p. 100 des femmes âgées de 18 à 29 ans avaient fait usage de tranquillisants au cours de l'année précédente; ce taux était de 21 p. 100 chez les femmes de 30 à 44 ans, de 22 p. 100 chez celles de 45 à 59 ans et de 25 p. 100 chez les femmes âgées de 60 à 74 ans. Ces statistiques sont absolument stupéfiantes. Inquiètes de cet usage abusif, les féministes américaines et canadiennes décidèrent d'agir.

Au début des années 70, les grandes questions qu'on se posait étaient les suivantes : Le recours à ces médicaments est-il justifié, c'est-à-dire a-t-il pour but de résoudre de véritables problèmes de santé? Quels sont les effets secondaires de ces produits? Les femmes ne risquent-elles pas d'acquérir une dépendance? S'agit-il d'une nouvelle forme de domination des femmes par la médecine? Rappelons-nous qu'à cette époque, les fabricants de ces produits les présentaient aux médecins comme des médicaments tout à fait «sûrs», quel que soit le sens donné à ce mot. Les féministes ont contesté ces allégations.

Au Canada, ce n'est qu'à partir de 1978 que les données nationales et provinciales ont été ventilées selon l'âge et le sexe. En 1978, l'Enquête Santé Canada révélait que 5,2 p. 100 des femmes interrogées âgées de 25 à 44 ans avaient pris un tranquillisant au cours des de[illegible] jours précédant l'enquête. Chez les femmes de 45 à 64 ans, ce taux atteignait 13,7 p. 100, tandis que chez celles de 65 ans et plus, il s'élevait à 19,7 p. 100. Ce dernier chiffre n'indique aucune amélioration importante par rapport aux données obtenues aux États-Unis au début des années 70 auprès des femmes de plus de 65 ans. En effet, nos renseignements les plus récents, qui nous viennent d'une enquête effectuée en 1985 par Santé et Bien-être social Canada, où l'on a recueilli des données sur l'usage des tranquillisants au cours de l'année précédente, indiquent une baisse graduelle de la consommation de ces médicaments. En effet, 10 p. 100 des femmes âgées de 45 à 54 ans avaient fait usage de tranquillisants au cours de l'année précédente, tandis que chez les femmes de 55 à 64 ans et chez celles de plus de 65 ans, ces taux étaient de 11,7 et 14,1 p. 100 respectivement.

En dépit d'une baisse générale, on peut voir que l'usage des tranquillisants est toujours très répandu chez les femmes de plus de 45 ans et que cet usage augmente à mesure qu'elles avancent en âge. Bien que dans l'ensemble, la baisse constatée soit encourageante, il importe de se rappeler que l'usage des somnifères (qui sont essentiellement les mêmes drogues que les tranquillisants) est aussi très répandu chez les femmes de plus de 45 ans, surtout chez celles qui ont dépassé le cap des 65 ans. Je ne suis pas ici aujourd'hui pour vous présenter des données sur les médicaments pour dormir, mais les deux dernières études que nous avons en main ont démontré que leur usage est

très répandu chez les femmes de plus de 65 ans. À bien des égards, il n'est pas juste de ne parler que de l'usage des tranquillisants. (Peut-être s'agit-il là d'un reliquat de nos anciennes préoccupations à l'endroit du «Valium» comme tranquillisant, ou peut-être du fait que le mot «tranquillisant» décrit si clairement son but.) En fait, nous devrions plutôt parler d'une catégorie de médicaments, les benzodiazépines.

Je mentionne les sédatifs parce que nous savons que certaines personnes reçoivent probablement des ordonnances pour les deux types de médicaments, tandis que d'autres, qui ne prennent que des médicaments pour dormir, ne se rendent pas compte qu'elles risquent de devenir dépendantes à l'endroit d'un psychotrope. (Au cours de la séance consacrée à la mise en commun des ressources, une liste des benzodiazépines vendues au Canada en 1985 sera remise aux participantes.)

Les benzodiazépines vendues au Canada, 1985

Dénomination commune	Nom déposé au Canada (Fabricant)
alprazolam	Xanax (Upjohn)
bromazépam	Lectopam (Roche)
chlorhydrate de chlordiazépoxide chlorhydrate de méthaminodiazépoxide	Apo-Chlordiazepoxide (Apotex), Librium (Roche), Medilium (Medic), Novo-poxide (Novopharm), Solium (Horner) Également vendu sous l'appellation commune par (Drug Trading), (Pro Doc), (Sands)
clonazépam	Rivotril (Roche)
clorazépate dipotassique	Tranxene (Abbott)
diazépam	Apo-Diazepam (Apotex), E-Pam (ICN), Meval (Medic), Neo-Calme (Neolab), Novodipam (Novopharm), Rival (Riva), Serenack (Nordic), Valium (Roche), Vivol (Horner) Également vendu sous l'appellation commune par (Drug Trading), (Pro Doc), (Sands)
chlorhydrate de flurazépam	Apo-Flurazepam (Apotex), Dalmane (Roche), Novoflupam (Novopharm)
monochlorhydrate de flurazépam	Somnol (Horner), Som Pam (ICN)
kétazolam	Loftran (Beecham)
lorazépam	Ativan (Wyeth)
nitrazépam	Mogadon (Roche)
oxazépam	Apo-Oxazepam (Apotex), Ox-Pam (ICN), Serax (Wyeth), Zapex (Riva) Également vendu sous l'appellation commune par (Pro Doc)
témazépam	Restoril (Anca Pharma)
triazolam	Halcion (Upjohn)

Source Association pharmaceutique canadienne. **Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques.** 1985. Vingtième édition, 1985.

Les femmes à risque

Que savons-nous, alors, des femmes qui courent le plus grand risque à l'égard des tranquillisants? Nous savons que les femmes moins scolarisées et les femmes à faible revenu sont plus susceptibles de faire usge de ces médicaments. Le divorce, la séparation et le veuvage sont également des facteurs de risque. Nous savons aussi, d'après les données recueillies au Canada et aux États-Unis, que l'usage des tranquillisants est plus répandu chez les chômeuses, chez les personnes sous-employées et chez les femmes au foyer, que chez celles qui font partie de la main-d'oeuvre active. Les personnes à la retraite font aussi un plus grand usage de ces produits.

Nous ne possédons pas de données au sujet de certains groupes particuliers, comme les femmes immigrantes, les lesbiennes, les minorités ethniques, etc. À mon avis, tous les types d'organismes de services pour les femmes devront dresser un inventaire des problèmes de santé de leurs clientes, tels qu'ils les voient, pour que nous disposions de notre propre base de données, solidement établies, sur lesquelles nous pourrons nous appuyer.

Quelles sont les caractéristiques que l'on retrouve chez tous les groupes qui font un grand usage de ces produits? Il semble que certaines de ces particularités soient une piètre estime de soi et l'isolement social. Parmi les chômeuses et les personnes à la retraite, celles qui souffrent de troubles physiques courent davantage le risque de se faire prescrire des tranquillisants, mais cela n'explique pas entièrement les statistiques. Il est possible que les taux constatés reflètent la détresse qui accompagne la perte ou l'absence d'un rôle ayant une valeur aux yeux de la société. Diverses études, où l'on a comparé des femmes au foyer à des femmes d'âge semblable travaillant à l'extérieur de la maison, ont démontré que le travail hors du foyer a généralement un effet salutaire sur le bien-être physique et la santé mentale des femmes; il ne s'agit évidemment pas des femmes dont les emplois sont des culs-de-sac ou de celles qui accomplissent une double tâche, c'est-à-dire qui ont des enfants ou une personne âgée à leur charge, en plus d'un emploi rémunéré. Nous avons besoin de plus d'information au sujet de ce genre de situation et de la façon dont les femmes font face aux pressions.

La maladie chronique constitue une autre variable importante. En effet, chez les malades chroniques également, la femme reçoit plus de tranquillisants et de médicaments pour dormir que l'homme.

Il en résulte donc qu'à l'heure actuelle, ce sont les femmes pauvres, d'âge mûr et d'âge avancé, et souvent celles qui souffrent d'une maladie chronique, qui sont le plus susceptibles de faire usage des tranquillisants et d'acquérir une dépendance à l'égard de ces produits.

Groupe de discussion

Problèmes et inquiétudes

Les inquiétudes que nous inspirent ces médicaments à l'heure actuelle sont, à certains égards, semblables à celles qu'ils nous inspiraient il y a quelques années, mais elles diffèrent également sur certains plans. Nous avons maintenant l'avantage de posséder une accumulation considérable de preuves concernant leurs effets secondaires, la dépendance qu'ils risquent de provoquer et le sevrage.

Nous savons, par exemple, que les effets secondaires qui risquent de nuire à la personne sur les plans physique et social comprennent la somnolence, une baisse de l'attention, une vision embrouillée et un manque de coordination. Les pertes de mémoire, les difficultés d'apprentissage et une baisse du pouvoir de concentration en sont d'autres. Les effets de ces médicaments sur la vie quotidienne sont exacerbés par leurs conséquences sur le plan social. Selon des renseignements obtenus de personnes qui ont longtemps fait usage de tranquillisants, et de leurs proches (parents et amis), ces médicaments émoussent l'état affectif et produisent une baisse du désir de communiquer avec les autres ainsi qu'une perte du goût pour toutes activités. Dans une situation dangereuse où la femme doit prendre des mesures pour se protéger, la passivité produite par ces médicaments risque de lui nuire. Une étude portant sur les femmes brutalisées a démontré que celles qui faisaient usage de tranquillisants étaient moins susceptibles que celles qui n'en prenaient pas de prendre les mesures nécessaires pour rompre la relation malsaine.

Un autre changement majeur s'est produit dans le domaine depuis le milieu des années 70 : nous avons maintenant une bien meilleure connaissance de la tolérance et de la dépendance. Il est maintenant recommandé de ne pas faire usage de tranquillisants pendant plus d'un mois à la fois (Bernier).

Compte tenu de ces nouvelles connaissances, il serait logique de penser que la plupart des femmes ne prennent maintenant des tranquillisants que pendant de courtes périodes. Or, selon les données recueillies au cours d'une enquête démographique générale effectuée en 1982 dans une région de l'Ontario (Durham), un tiers des utilisateurs de tranquillisants prenaient ces médicaments quotidiennement depuis plus d'un an.

Afin de mieux comprendre *pourquoi* ces médicaments en viennent à faire couramment partie de la vie d'une personne, nous devons nous pencher sur les expériences quotidiennes de celle-ci, essayer de connaître ses sentiments à l'égard de ses propres conditions de vie, lui demander d'expliquer *elle-même* pourquoi elle fait usage de ces médicaments et pourquoi elle a commencé à en prendre. Nous avons affaire ici à des médicaments *de prescription* que les gens, dans la plupart des cas, prennent en toute bonne foi, convaincus qu'ils ont là un moyen d'améliorer leur qualité de vie.

Selon des chercheurs qui ont étudié divers aspects de la santé, les personnes qui jouissent d'un «support social» sont moins susceptibles de souffrir de troubles physiques ou mentaux lorsqu'elles sont confrontées à des situations difficiles.

Dans bien des cas, les gens prennent un psychotrope pour la première fois à l'occasion d'une crise de la vie. Deux études, faites en Grande-Bretagne, ont démontré que lorsqu'il y a manque de support social approprié, les effets de la crise sont plus grands, *tout comme* le risque que le sujet continue à prendre des psychotropes (Clare-Murray).

Selon l'une de ces études, des personnes qui prenaient des psychotropes depuis longtemps ont déclaré qu'elles devaient continuer d'en prendre, sinon elles se sentaient incapables d'agir conformément au modèle idéalisé qu'elles s'étaient créé, modèle renforcé par les attentes des autres. Les femmes, surtout, avaient l'impression que sans ces médicaments, elles seraient incapables de continuer à jouer leur rôle de «mère dévouée», qu'elles considéraient essentiellement comme leur responsabilité. L'idée de ne pas remplir ce rôle suscitait, chez ces femmes, la peur de perdre l'amour de leur entourage ou de voir se terminer certaines relations, surtout si elles avaient le sentiment que sans leurs médicaments elles étaient incapables de se «conformer gentiment» à ce rôle. La déception, la solitude et l'aliénation semblent des thèmes importants pour les personnes qui font un usage chronique des tranquillisants.

En ce qui concerne les habitudes de prescription et les préoccupations actuelles des médecins relativement à la pertinence de certaines ordonnances, les statistiques dont nous avons parlé plus tôt font état d'améliorations considérables chez certains groupes d'âge. Cependant, dans l'ensemble, le rapport d'utilisation entre les femmes et les hommes reste toujours de 2 pour 1. Le fait que les femmes consultent les médecins plus souvent que les hommes ne suffit pas à expliquer ces modes de prescription. Nous disposons à l'heure actuelle d'un nombre considérable de données qui démontrent non seulement que les femmes se présentent au médecin d'une manière qui diffère de celle des hommes, mais qu'en plus elles sont perçues et traitées différemment par les membres de la profession médicale. Les femmes parlent à leur médecin de leurs problèmes familiaux (problèmes d'ordre affectif et social), souvent dans l'espoir de recevoir de l'aide et d'avoir l'occasion d'en parler et de les examiner. Il existe une contradiction fondamentale entre l'absence de formation, ou la formation inadéquate, des médecins dans ces domaines et le fait que les femmes se tournent en premier lieu vers ces professionnels lorsqu'elles ont besoin d'aide.

Ce choix que font les femmes s'explique en partie par la honte qui reste associée au fait d'avoir recours à la thérapie ou de faire appel aux organismes sociaux, ou encore par la valeur qu'on accorde à la prise en charge personnelle comme solution de rechange. Une autre explication serait que le médecin est une personne connue, qui connaît probablement la famille, et dont les services

sont relativement gratuits. Selon certaines études, un grand nombre de femmes ne s'attendent pas vraiment à ce que le médecin trouve une solution magique à leurs difficultés; ce qu'elles veulent plutôt, c'est une occasion de parler et d'être entendues. Elles n'attendent pas nécessairement une solution à leurs problèmes. Ce genre d'attente va à l'encontre de la formation que reçoivent les médecins; ceux-ci apprennent en effet que chaque patient doit faire l'objet de mesures concrètes, qu'il s'agisse d'un diagnostic, d'une ordonnance, de tests ou d'une intervention chirurgicale.

Deux études faites au Canada ont révélé que lorsqu'ils ont affaire à des problèmes affectifs, les médecins ont tendance à traiter les femmes différemment des hommes, en leur prescrivant plus volontiers des anxiolytiques. Une étude faite en Grande-Bretagne auprès de personnes faisant depuis longtemps usage de psychotropes a permis de constater que *ce n'est que chez les femmes* que l'existence de problèmes sociaux, tels que perçus par les médecins, constitue une indication justifiant un usage prolongé de ces médicaments.

Un certain nombre de questions demeurent : Pourquoi tant de femmes de plus de 45 ans, et surtout de plus de 65 ans, prennent-elles ces médicaments? Quels symptômes présentent-elles pour justifier, du moins en partie, ce recours aux anxiolytiques? Quels sont les problèmes sociaux auxquels on apporte ainsi des solutions d'ordre médical? Je n'ai malheureusement pas la réponse à ces questions et je ne crois pas non plus que nous ayons actuellement en main l'information nécessaire. Les recherches sur la qualité de vie des femmes font malheureusement défaut. J'aimerais cependant mentionner, si vous me le permettez, un certain nombre de facteurs qui peuvent, en partie, expliquer pourquoi ces médicaments sont prescrits aux femmes de ces groupes d'âge.

Les questions à explorer

L'âge mûr. À une certaine époque, les femmes d'âge mûr étaient perçues uniquement comme des «paquets» de problèmes psychologiques associés à la ménopause et au départ des enfants du foyer. Puis vint une autre époque où cet âge était perçu comme une période toute rose, remplie d'une liberté nouvelle. Plus récemment, cependant, le pendule semble être revenu vers le centre. Cette période de la vie des femmes n'est plus perçue comme un temps merveilleux, mais plutôt comme une période de nombreux changements et de multiples responsabilités: des parents dont la santé se détériore; parfois des responsabilités additionnelles auprès d'un parent qui a perdu son conjoint; la nécessité de faire face à sa propre condition d'être mortel, face à des amis malades ou à sa propre expérience de la maladie, comme le cancer; la ménopause; le divorce ou la séparation; et, pour bien des femmes, la responsabilité d'un emploi rémunéré ou peut-être même, de chef de famille.

À mon avis, les pressions que bien des femmes subissent à cause des responsabilités qu'elles assument auprès des autres et de leurs propres activités sur le marché du travail font, dans une certaine mesure, qu'elles sont perçues, ou qu'elles se perçoivent elles-mêmes, comme ayant besoin de tranquillisants.

La vieillesse. Le veuvage est une condition courante chez les femmes âgées. Or, il apparaît certain que la perte du conjoint est l'événement le plus traumatisant de la vie, car elle laisse le survivant sans compagnon et sans appui. De plus, elle met souvent fin à certaines activités quotidiennes importantes, comme la préparation des repas.

La maladie chronique est une autre expérience courante chez les femmes âgées. Or, nous savons que les personnes qui souffrent d'une maladie chronique prennent plus de tranquillisants. Nous savons aussi que les femmes âgées sont souvent pauvres, ce qui ajoute à leurs inquiétudes au sujet de leur qualité de vie pendant leurs dernières années. De plus, elles doivent faire face à l'image culturelle négative projetée par les femmes âgées. On ne fait que commencer à étudier et à reconnaître les problèmes de ces femmes. Cependant, à partir de ce que nous savons au sujet de l'usage des tranquillisants, nous pouvons supposer que les raisons qui mènent à l'utilisation de ces produits sont exacerbées au cours de cette période de la vie.

La nécessité de redéfinir la question

Où tout cela nous laisse-t-il? Au début des années 70, notre colère face à l'usage répandu des psychotropes était partiellement due au choc que nous ressentions face à une médicalisation aussi flagrante des femmes. Ces médicaments font maintenant partie de notre culture et sont devenus des produits socialement acceptés, comme l'alcool. La publicité des fabricants de produits pharmaceutiques recommande maintenant les nouvelles benzodiazépines à presque tous ceux qui ont un peu de mal à dormir ou à faire face à la vie. L'une de ces annonces publicitaires les résume toutes (traduction) : «. . . pour ceux qui doivent affronter les responsabilités et le stress, mais qui doivent rester vigilants et en mesure de fonctionner . . .». Une telle publicité en faveur d'une utilisation de courte durée, par n'importe qui n'importe quand, me semble encore plus choquante que celle qui recommande ces produits pour les femmes qui traversent vraiment une période difficile et qui ont besoin d'aide pour s'en sortir. Les tranquillisants ne peuvent être une solution à tous les problèmes, mais l'idée qu'ils ne devraient jamais être utilisés est, à mon avis, d'une sévérité excessive. Cependant, l'usage généralisé est un phénomène beaucoup plus subtil, qui inquiète. À mon avis, si l'on croit que les femmes et les personnes âgées

ont besoin de psychotropes simplement pour survivre, nous nous devons d'examiner les structures d'une société qui impose de tels fardeaux aux femmes et leur offre si peu d'appui et d'aide.

L'usage répandu des tranquillisants chez les femmes d'âge mûr et les femmes âgées est à la fois un problème en soi et un indice qu'il existe d'autres problèmes pressants. C'est pour cette raison que nous devons nous pencher sur les besoins de ces femmes.

Résumé

En conclusion, nous savons que les taux d'utilisation des tranquillisants restent élevés et que la situation n'est pas prête de changer. Nous devons donc trouver d'autres façons de résoudre le problème. Pour ce faire, nous devons recueillir des données sur les expériences sociales et psychologiques de ces femmes, ainsi que sur leurs problèmes de santé. Nous devons inventer des modèles de soins de santé définis par des femmes pour les femmes, comme les groupes d'entraide et de soutien et les soins communautaires. Il nous faut également concevoir des structures communautaires qui nous permettraient de mieux «écouter» les femmes d'âge mûr et les femmes âgées. Pendant que nous créerons de nouveaux appuis sociaux et que nous chercherons activement à modifier les structures oppressives, nous devrons aussi surveiller la publicité des fabricants de produits pharmaceutiques et la recherche clinique, afin de déterminer pourquoi les problèmes de santé des femmes sont perçus comme justifiant un traitement à l'aide d'agents chimiques. Nous serons alors en mesure de mettre les femmes en garde et de leur fournir l'information dont elles ont besoin pour jouer un rôle actif dans leurs propres soins de santé.

Références

Alluh, P. et al. "Social Support, Social Pressures and Psychological Distress during Unemployment." *Psychological Medicine*, 15(1985): 283-295.

Balter, M. et J. Levine. "Character and extent of psychotherapeutic drug usage in the United States." 1971 reported in Cooperstock, R. and P. Parnell. "A Review of Findings and Methods" *Social Science Medicine*, 16(1982): 1179-1196.

Ban, T.A. et al. "Therapeutic Monograph on Anxiolytic-Sedative Drugs." *Canadian Medical Association Journal*, 124(1981): 1439-1446.

Bass, M.J. et J.C. Baskerville. "Prescribing of Minor Tranquillizers for Emotional Problems in a Family Practice." *Canadian Medical Association Journal*, 125,11(1981): 1225-1226.

Berner, Marc S. "Benzodiazepines: An Overview." *Ontario Medical Review*, (1982): 233-242.

Cooperstock, R. et J. Hill. *Les effets de l'usage des tranquillisants : l'usage des benzodiazépines au Canada*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1982.

"Effective not Overpowering", Annonce parue dans le *Journal of the American Medical Association*, 1986: 1535.

Hall, F.M. et F.S. Hall. "Time and the General Practitioner: The Patient's View." *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 34(1984): 71-75.

Santé et Bien-être social Canada. *Active Health Report* (en cours de traduction). Ottawa, 1986.

Henderson, S. et al. "Social Relationships, Adversity and Neurosis: A Study of Associations in a General Population Sample." *British Journal of Psychiatry*, 36(1980): 574-583.

Hibbard, J.H. et C.R. Pope. "Employment Status, Employment Characteristics and Women's Health." *Women and Health*, 10,1 (1985): 59-77.

Hillman, C.G. "Patients' Perceptions of Psychotropic Drugs." *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31(1981): 107-112.

Hughes, D. "Consultation, Length and Outcome in Two Group General Practices." *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33(1983): 143-147.

Murray, J. et al. "Health and Social Characteristics of Long-term Psychotropic Drug Takers." *Social Science Medicine*, 16(1982): 1595-1598.

Nathanson, C.A. "Social Ideas and Health Status among Women: The Significance of Employment." *Social Science Medicine*, 14A(1980): 463-471.

Rush, B. et al. "A Comparison of Psychotropic Drug Use between the General Population and Clients of Health and Social Service Agencies." *International Journal of the Addictions*, à paraître.

Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada. *La Santé des Canadiens*. Ottawa, 1981.

Vinay, L.L. "Psychological and Social Effects of Unemployment" Extrait de *Unemployment in the 80s*. Publié par R. Castle and J. Morgan. Melbourne: Longman Cheshire, 1984.

4 Le tabac

Peggy Edwards est agente de programme à l'Unité des programmes du tabagisme de la Direction de la promotion de la santé. Depuis son arrivée dans ce service, elle a rédigé un rapport international sur le tabac pour le compte du Conseil international sur les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (CIPAT) et participé à la mise en oeuvre du programme d'abandon du tabac des employés du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Autrefois conseillère auprès de l'Association canadienne d'hygiène publique et de Condition physique Canada, elle est l'auteure de nombreux articles sur la condition physique et la santé des femmes. Son premier article sur les femmes et le tabac a été publié dans le numéro de l'été 86 de la revue *Healthsharing*.

Mon expérience du tabac remonte à l'époque de mes études universitaires, lorsque j'ai commencé à fumer. Ironiquement, j'ai commencé à faire usage du tabac lorsque je suis devenue membre d'un groupe qui commençait à se prononcer ouvertement sur des questions relatives à la santé des femmes. Nous nous réunissions pour discuter, protester . . . et fumer. À cette époque, nous ne savions absolument pas que les risques que présente le tabac pour la santé se chargeraient de nous donner, dans la mort, l'égalité pour laquelle nous luttions avec tant d'acharnement, dans la vie!

Les effets du tabac sur la santé

Saviez-vous qu'à l'heure actuelle, au Canada, une femme meurt toutes les trois heures d'un cancer du poumon, maladie incurable qui frappe les fumeurs et qui, il y a dix ans, était considérée comme une maladie rare chez les femmes?

Au cours de la dernière décennie, la mortalité par cancer du poumon chez les femmes a augmenté de 45 p. 100. Dans plusieurs provinces du Canada, cette maladie a remplacé le cancer du sein comme type de cancer le plus courant chez les femmes. À l'instar des hommes, les femmes qui fument courent un plus grand risque de souffrir d'emphysème, de cancer et de cardiopathie. À la différence des hommes, cependant, les femmes qui fument sont assaillies par tout un ensemble de problèmes additionnels liés à leur fonction reproductrice.

Lors de la cinquième Conférence mondiale sur le tabagisme et la santé, le docteur Mary Jane Ashley, épidémiologiste à l'Université de Toronto, a démontré qu'une femme qui prend un contraceptif oral et qui fume multiplie par 40 les risques de subir un accident cérébro-vasculaire ou une crise cardiaque. En tant que travailleuses de la santé, vous connaissez probablement ces terribles statistiques, mais la plupart des femmes ne les connaissent pas; je me suis rendu compte de cette ignorance lorsque j'ai découvert que ma soeur, qui est une grosse fumeuse, prenait la pilule, sans même soupçonner les risques qu'elle courait.

De plus, nous possédons maintenant des preuves irréfutables que le tabac occasionne certains problèmes relativement à la grossesse. Nous savons, par exemple, que les femmes qui fument sont plus lentes à concevoir que les non-fumeuses. Elles sont également dix fois plus susceptibles de faire une fausse couche et risquent d'avoir une ménopause précoce, facteur associé à l'apparition de l'ostéoporose. L'usage du tabac peut également avoir des répercussions négatives sur la grossesse même, à savoir : pertes sanguines pendant la grossesse, placenta praevia, rupture prématurée des membranes.

Le tabac nuit également à l'enfant. Nous savons maintenant que les effets de l'exposition du tabac sur le foetus et le nourrisson peuvent être très graves. L'usage du tabac ou l'exposition au tabac pendant la grossesse ont été liés non seulement à l'hypotrophie à la naissance et aux maladies respiratoires chez le nourrisson, mais aussi à la mort soudaine du nourrisson, à un retard de croissance chez le foetus et au décès périnatal. Malgré cela, des données récentes semblent indiquer qu'il y a une augmentation substantielle du nombre de fumeuses d'habitude chez les femmes en âge de procréer. Selon le dernier sondage Gallup, le pourcentage des femmes âgées de 20 à 24 ans qui fument quotidiennement est passé de 40 p. 100 en 1983 à 52 p. 100 en 1985; chez les femmes de 25 à 29 ans, ce pourcentage est passé de 34 à 47 p. 100. J'aimerais souligner cependant que les risques associés à l'usage du tabac pendant la grossesse sont proportionnels aux doses absorbées, c'est-à-dire que plus la femme fume ou plus elle est exposée à la fumée du tabac, plus les risques sont grands. Heureusement, ce rapport joue également dans le sens contraire, et si la femme cesse de fumer à un moment ou l'autre de la grossesse, les risques sont réduits en conséquence.

Le tabac est une drogue

En 1980, le Conseil international sur les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (CIPAT) a décidé que le tabac, substance extrêmement susceptible de provoquer l'accoutumance, devait faire partie de son mandat, au même titre que l'alcool et les autres drogues. À l'accoutumance physique créée par la nicotine s'ajoute l'accoutumance psychologique associée à l'habitude de

fumer. Certains comportements acquis suscitent le désir de fumer une cigarette : par exemple, fumer en prenant une tasse de café, fumer en parlant au téléphone, allumer une cigarette en s'installant à son pupitre pour travailler. Il est très difficile de se débarrasser de ce genre d'habitude. Les enquêtes nous apprennent que 95 p. 100 des fumeurs aimeraient se débarrasser de cette accoutumance; ces personnes sont prêtes à essayer presque tous les moyens pour réussir. Heureusement, certains réussissent, mais dans la plupart des cas, cela ne se fait qu'au prix de très grandes difficultés. Certaines d'entre vous m'ont dit que, d'après leur expérience personnelle, il est plus facile de sevrer une alcoolique que de l'amener à abandonner la cigarette.

La fumée du tabac contient plus de cinquante substances cancérogènes et une foule d'agents nocifs. Les effets dangereux de cette fumée sur les non-fumeurs qui y sont régulièrement exposés sont de plus en plus évidents. Alors que nous ne voyions, dans la fumée du tabac, qu'un simple désagrément, propre peut-être à provoquer des maux de tête ou l'irritation des yeux, nous avons maintenant des preuves qu'il y a un lien entre l'exposition passive à la fumée et le cancer du poumon chez les non-fumeurs. Dans une décision faisant jurisprudence, rendue récemment par un tribunal suédois, un employeur a été tenu de dédommager la famille d'une non-fumeuse, morte d'un cancer du poumon après avoir travaillé pendant 20 ans dans un bureau fermé, en compagnie de six fumeurs.

Devant un rétrécissement du marché, surtout chez les hommes des pays occidentaux, l'industrie du tabac a intensifié ses efforts en vue de «recruter» de nouveaux fumeurs chez les femmes et les jeunes et d'ouvrir de nouveaux marchés dans les pays du Tiers Monde. Cette industrie, qui appartient à cinq conglomérats internationaux du tabac, consacre plus de 12 milliards de dollars à la vaste campagne de publicité axée sur l'image qu'elle mène partout dans le monde. Cette publicité associe la cigarette à l'émancipation et au raffinement («*You've come a long way baby*») et, facteur très important pour les femmes, elle établit un lien entre l'usage de la cigarette et la capacité de rester mince.

L'industrie du tabac nie s'adresser aux jeunes, mais admet effrontément qu'elle vise les femmes. Dans un article paru en 1981 en première page de la revue *Advertising Age*, on rapporte les paroles du président de la firme R.J. Reynolds pour qui (traduction) «le marché des femmes constitue probablement les plus vastes possibilités de commercialisation pour la compagnie.» Et il ajoute que la femme qui travaille, et qui est soumise au stress, constitue la candidate idéale pour son produit.

La dernière campagne publicitaire de l'industrie du tabac dans les revues féminines au Canada, qui montre des jeunes femmes faisant du ski, de la bicyclette et de la culture physique, est particulièrement insidieuse, car elle associe la cigarette à la bonne forme physique et à l'image de santé que nous essayons de promouvoir. De nombreuses revues féminines ne publient pas d'articles sur les risques associés à l'usage du tabac parce qu'elles ont besoin des revenus que leur apporte la publicité sur les cigarettes. À *Ms Magazine*, *New Woman*, *Redbook* et *McCall's*, par exemple, plus de 12 p. 100 des revenus de la publicité viennent de l'industrie du tabac. Si ces revues publient un article sur l'usage de ce produit, l'industrie coupe sa publicité. Je sais que cela est vrai, car j'ai récemment interviewé des responsables de la revue Flair, ici au Canada. Au moment où ils se préparaient à publier un court article sur l'usage du tabac, ils ont été avertis que les annonces publicitaires seraient retirées du numéro concerné. Pour la revue, il s'agissait d'une importante perte de revenus.

J'ai fait une petite enquête personnelle afin de vérifier s'il était bien vrai que l'industrie du tabac, comme elle le prétend, ne vise pas le marché des enfants. Ma fille de 14 ans est abonnée à une revue mensuelle américaine appelée *Games* qui contient des jeux et des concours pour les jeunes. Ensemble, nous avons compté le nombre d'annonces publicitaires sur la cigarette dans un numéro de la revue : il n'y en avait pas moins de dix, dont la majorité vantaient les mérites de la Marlborough, qui est la cigarette la plus vendue chez les jeunes.

Au Canada, la promotion du tabac ne se limite pas aux revues; elle n'est pas non plus soumise à des restrictions légales. Au lieu de cela, l'industrie a accepté de se limiter elle-même en se soumettant aux dispositions d'un code de publicité volontaire. Cependant, selon une déclaration récente de l'Association pour les droits des non-fumeurs, onze des dix-neuf clauses avaient été violées au cours des trois mois précédents. Par exemple, le code défend toute forme de promotion ou de primes visant à encourager la vente, et pourtant, au Québec, une campagne de distribution de timbres est en cours depuis plusieurs mois. Grâce à Mark Ten, la femme qui aura fumé un paquet de cigarette par jour pendant vingt-sept ans aura amassé suffisamment de timbres pour se procurer un landau!

Entre 1970 et 1983, l'usage du tabac chez les hommes a baissé de 15 p. 100, tandis que chez les femmes (de tout âge), cette baisse n'a été que de 4 p. 100. À l'heure actuelle, les adolescentes fument plus que les adolescents (25 p. 100 et 21 p. 100 respectivement), tandis que c'est chez les femmes que l'on constate la plus importante augmentation relative de gros fumeurs (25 cigarettes et plus par jour).

Une question qui concerne les femmes

Devant les preuves irréfutables des dangers que présente le tabac pour la santé, et l'attitude ouvertement manipulatrice de l'industrie du tabac, deux faits irréconciliables

apparaissent nettement : premièrement, les Canadiennes fument plus qu'elles ne fumaient et, deuxièmement, les groupes qui œuvrent dans le domaine de la santé des femmes sont restés, jusqu'à ce jour, relativement silencieux sur le sujet.

Bon nombre d'entre nous se sont élevées avec force contre l'attitude qui consiste à «blâmer la victime» en exagérant la responsabilité personnelle et en ne tenant pas compte de la société, surtout dans des domaines comme la violence fait aux femmes dans la famille et l'abus sexuel. Il semble plutôt ironique que nous ayons pris tant de temps à reconnaître que l'évolution des rôles, l'exploitation du marché, la situation économique et les pressions sociales puissent constituer des facteurs qui influent sur le «choix» que font certaines femmes de fumer.

Sans relâche, nous avons fait campagne contre les fabricants de produits pharmaceutiques, dont les produits menacent la santé des femmes. Et pourtant, nous continuons à considérer le tabac, qui contient plus de 50 substances cancérogènes et de nombreux autres agents nocifs, comme un produit pouvant légitimement faire l'objet d'un choix personnel, et nous n'en avons pas vu les répercussions sur le plan politique.

Pourquoi les femmes fument-elles davantage? Certaines raisons possibles sont explorées dans un ouvrage que je vous recommande à toutes de lire : *The Lady Killers: Why Women Smoke*, de Bobbie Jacobson. Selon l'auteure, les femmes fument pour combattre le stress et pour dissimuler des sentiments négatifs comme la colère, la frustration et le chagrin, contrairement aux hommes qui fument pour leur plaisir et pour se détendre. Le stress constitue probablement un facteur critique. Il est fort possible que la hausse du taux d'usage du tabac chez les femmes soit liée au double stress que représentent les responsabilités familiales et les responsabilités professionnelles, stress que, dans la plupart des cas, les hommes n'ont pas à subir. Essayer d'atteindre la perfection en tant que mère, femme de carrière, maîtresse de maison et épouse (le «complexe de la superfemme») ne peut que provoquer un fort degré de détresse chronique, qui est l'un des facteurs les plus propres à entraîner le retour à la cigarette.

Dans son livre intitulé *Fat Is a Feminist Issue*, Susie Orbach souligne que (traduction) «le féminisme nous a appris que les activités apparemment auto-destructrices sont toujours des tentatives d'adaptation, des moyens de faire face au monde». En 1986, l'usage du tabac est un acte d'auto-destruction, un mécanisme d'adaptation utilisé par des femmes qui, dans la plupart des cas, aimeraient désespérément y mettre fin.

Nous devons également reconnaître les pressions sociales énormes qui pèsent sur les femmes, non seulement en ce qui concerne le rapport entre la cigarette et l'impression d'avoir évolué, mais aussi dans le lien bien marqué qui associe la cigarette à la capacité de rester mince. À l'aéroport de Toronto, il y a un nouveau programme informatisé sur le stress, la nutrition, etc. J'ai essayé le programme sur la nutrition et j'ai été horrifiée de constater qu'à la question concernant les moyens utilisés pour ne pas engraisser, le premier choix de réponse suggéré était «le régime» et le deuxième, «la cigarette». Il est évident que le tabac est maintenant devenu une façon acceptée de maintenir son poids, du moins chez les femmes.

Le niveau d'usage du tabac est également lié au métier ou à la profession. Les bureaux et l'industrie des services, où travaillent la majorité des femmes, viennent au deuxième rang quant à la proportion de fumeurs d'habitude. Ces emplois sont ingrats et souvent mal rémunérés, et les personnes qui les occupent n'ont aucune prise sur leur environnement de travail.

Je suis heureuse d'avoir été invitée à faire partie de ce groupe de discussion. Cependant, le fait qu'il ait été difficile, pour les organisateurs du Colloque, de trouver des gens ayant de l'expérience dans le domaine des programmes relatifs à l'usage du tabac chez les femmes, montre que les groupes qui œuvrent dans le domaine de la santé des femmes n'accordent pas encore suffisamment d'attention à cette question cruciale.

Dans le passé, les campagnes d'éducation sanitaire à l'intention des femmes adoptaient généralement une approche qui visait à créer, chez celles-ci, un sentiment de culpabilité associé aux effets nocifs du tabac sur leur fonction reproductrice. Si nous voulons atteindre les femmes, nous devons élaborer des programmes où elles sont considérées non comme des génitrices uniquement mais comme des personnes vivant dans un contexte social qui les encourage à fumer.

Si nous voulons éviter que les décès et les cas d'invalidité attribuables au tabac deviennent une véritable «épidémie» chez les femmes, il est essentiel que les groupes qui œuvrent dans le domaine de la santé des femmes brisent leur silence. Nous devons mettre les femmes au courant de la réalité et les sensibiliser à la nature sociale et politique du tabac, afin qu'elles soient en mesure de faire un choix éclairé. Nous nous devons également de donner l'exemple en abandonnant nous-mêmes la cigarette, en interdisant l'usage du tabac lors de certaines rencontres des groupements pour la santé des femmes et en apportant notre collaboration à ceux qui militent en faveur d'un milieu exempt de fumée. Nous devons «parler fort» pour lutter contre la campagne intensive menée par l'industrie du tabac qui associe le tabac à des modes de vie recherchés. Il est temps que les groupements féminins et les chefs de file dans le domaine de la santé des femmes commencent à militer activement contre cette industrie.

Il existe actuellement un grand mouvement qui vise à créer des milieux exempts de fumée, surtout dans les lieux de travail, les hôpitaux et autres établissements de santé. Vu les effets produits par l'exposition passive ou

involontaire à la fumée, nous devons appuyer ce mouvement et promouvoir ses objectifs dans nos communautés et milieux de travail respectifs.

Le défi

Nous devons également trouver de meilleures façons d'aider les femmes à cesser de fumer. Vous pouvez jouer un rôle capital à cet égard. Vous avez beaucoup d'expérience dans le domaine de la toxicomanie chez les femmes; les éducateurs sanitaires habitués aux anciennes méthodes ont besoin de cette expérience dans leur lutte contre le tabac. Comme nous connaissons très mal les moyens propres à aider efficacement les femmes à cesser de fumer, je vous encourage fortement à vous intéresser à ce domaine et à agir.

Enfin, et peut-être devrais-je dire «surtout», nous devons déployer tous les efforts possibles pour dissuader les adolescentes de commencer à fumer. L'objectif d'une «nouvelle génération de non-fumeurs» est un objectif louable que nous devons travailler à atteindre.

Voilà donc le défi que je vous lance. J'espère que vous y réfléchirez au cours des prochains jours, même en l'absence de toute séance officielle sur le tabac, et que vous passerez à l'action à votre retour dans vos familles et vos milieux respectifs.

Ne nous faisons pas d'illusions : cela ne sera pas facile. Si vous avez déjà essayé d'abandonner la cigarette, vous savez combien cela est difficile. Au-delà de l'abandon de la cigarette, la promotion dans ce domaine suppose également une action contre les influences culturelles et sociales qui encouragent les femmes à fumer. Lorsqu'on s'aventure dans le domaine du tabac, on entre en conflit avec l'une des plus puissantes industries au monde et avec des forces politiques qui s'opposent à toute ingérence gouvernementale sur le marché libre. Cependant, en tant que féministes, nous savons que nous pouvons accomplir beaucoup de choses; nous sommes capables de modifier l'opinion politique en nous servant de notre imagination, en présentant les faits de manière à frapper l'imagination et en passant à l'engagement. En tant que femmes, nous savons que nos préoccupations personnelles peuvent, collectivement, prendre l'ampleur d'un scandale public. Et le scandale public peut faire beaucoup pour changer le monde.

Références

Ashley, Mary Jane. *Smoking and Women.* Deliberations de la cinquième Conférence mondiale sur l'usage du tabac et la santé. Ottawa : Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, 1985.

Edwards, Peggy. "Cigarettes — A Feminist Issue." *Healthsharing*, 7,3(1986).

Edwards, Peggy. *Strategies For A Smoke-Free World.* Edmonton: AADAC, 1986.

Jacobson, Bobbie. *The Ladykillers: Why Women Smoke.* Montréal : Eden Press, 1983.

Santé et Bien-être social Canada. *L'usage du tabac chez les Canadiens.* Ottawa : Direction de la promotion de la santé, 1983.

Santé et Bien-être social Canada. *Resumé du rapport sur le tabac, l'alcool et la marijuana.* Ottawa : Direction de la promotion de la santé, 1985.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. «Les effets du tabac sur l'issue de la grossesse.» *Bulletin*, 6,5(1985).

United States Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking for Women.* Washington: Surgeon General, 1980.

Discussion

Les quatre exposés présentés en groupe de discussion suscitent un intérêt considérable chez les participantes. Une représentante de l'*Addiction Research Foundation* de l'Ontario parle de la tendance de plus en plus répandue qu'ont les médecins de prescrire des antidépresseurs aux personnes souffrant d'anxiété; elle parle également du financement de la recherche sur les causes biochimiques de la dépression et des efforts constants faits par l'industrie pharmaceutique pour mettre au point des médicaments nouveaux et améliorés, dont les effets secondaires sont moins nombreux; elle se demande enfin, s'il ne serait pas nécessaire de redéfinir le terme «dépendance» de manière qu'il ait également le sens de dépendance à l'endroit de la profession médicale — l'impression d'impuissance ressentie par les gens qui ont acquis une dépendance à l'égard des médicaments de prescription. Le docteur Penfold confirme que les antidépresseurs sont maintenant prescrits pour des états liés à l'anxiété, comme les attaques de panique. Quant aux origines biochimiques de la dépression, elle avoue que les opinions sont contradictoires : certains chercheurs croient à l'existence d'une composante génétique, tandis que d'autres, comme Brown et Morris, décrivent la dépression comme une réaction aux stress de la vie. Pendant ce temps, l'industrie des produits pharmaceutiques profite de cette confusion et de la souffrance qui fait partie de la condition humaine, en encourageant la médicalisation de la population. Au sujet de la définition du mot «dépendance», le docteur Penfold fait remarquer que la thérapie féministe essaie d'empêcher les femmes de se placer dans des situations de dépendance; en fait, la pierre angulaire de cette forme de thérapie consiste à tirer parti des forces et des capacités des femmes.

Une représentante du *Prescription Drug Plan* de la Saskatchewan fait remarquer que le pourcentage des femmes qui reçoivent des ordonnances pour des psychotropes a baissé dans cette province; alors qu'il était de 24 p. 100 en 1977, il n'était plus que de 21 p. 100 en 1982. Cependant, le pourcentage des ordonnances pour des hypnotiques (triazolam ou halcion) a récemment fait un bond spectaculaire; 64 p. 100 de ces ordonnances s'adressent aux femmes. Jessica Hill convient que cette situation doit être étroitement surveillée.

L'une des participantes demande des renseignements au sujet des effets secondaires des méthodes chimiques de régulation des naissances. Le docteur Penfold répond que, d'après certaines études effectuées dans les années 70, les contraceptifs oraux provoqueraient la dépression, une augmentation de poids et la léthargie. Elle mentionne d'autres effets secondaires, notamment le risque accru de maladie cardio-vasculaire chez les fumeuses.

Une participante, qui travaille dans un foyer de réadaptation pour alcooliques, se demande par quels moyens on peut s'opposer aux psychiatres qui croient que les femmes alcooliques ont besoin de médicaments pour lutter contre les attaques de panique. Le docteur Penfold répond qu'il est difficile de convaincre les psychiatres que même si les médicaments peuvent aider dans ce genre de circonstances, ces femmes ont surtout besoin qu'on les aide à trouver des moyens de réduire le stress et l'anxiété chroniques qui sont à l'origine des attaques de panique. La même participante se demande également comment aider les femmes qui sont en cours de sevrage alcoolique à cesser également de fumer, sans provoquer chez elle une trop grande anxiété. Peggy Edwards admet qu'il s'agit là d'une question difficile; selon elle, ces femmes ne sont peut-être pas «prêtes» à abandonner la cigarette. Bien souvent, les gens doivent essayer différentes méthodes avant de réussir à cesser de fumer. Il faut être «prêt».

Agir pour soi : l'expérience en milieu rural et dans le Grand Nord

Animatrices

Valerie Bolton a été directrice exécutive de *Women Today*, association destinée à répondre aux besoins en croissance personnelle des femmes en milieu rural dans le sud-ouest de l'Ontario. Elle est actuellement coordonnatrice d'un projet intitulé *Women Being Well* visant à créer un réseau d'animatrices de groupes de soutien destinés à promouvoir le mieux-être des femmes.

Carol Hiscock est physiothérapeute et animatrice communautaire à Thompson (Manitoba). Elle a participé activement au cours des quatre dernières années à *Northern Options for Women*, programme d'information portant sur les diverses possibilités offertes aux femmes résidant en collectivités isolées, en particulier dans le Grand Nord.

Cet atelier est principalement axé sur les moyens de rompre l'isolement dont souffrent les femmes vivant en régions rurales ou dans le Grand Nord et de les aider à résoudre les problèmes d'ordre social et politique qui peuvent porter atteinte à leur santé et les conduire à la dépendance à l'endroit de l'alcool et des drogues. Certaines caractéristiques de la vie rurale et du Grand Nord y sont présentées, notamment l'absence fréquente de services communautaires pour les femmes, les problèmes de mobilité et les défis que cela comporte pour les travailleuses vivant dans les collectivités éloignées et dispersées.

Afin que les participantes aient une vue d'ensemble de la vie dans le Grand Nord, Carol Hiscock projette des diapositives illustrant les concepts clés du projet *Gatekeepers*. Ce projet est fondé sur l'idée que les femmes ont un rôle unique à jouer à titre de gardiennes de leur propre santé, de celle de leur famille et de celle de leur communauté. À l'aide de *Popular Education*, sketch joué par les participantes, Valerie Bolton présente l'action menée par son association auprès des femmes en milieu rural, dans le cadre du projet *Women Being Well*. Ce projet a été conçu en vue d'amener les femmes en milieu rural à améliorer leur santé et leur bien-être en mettant elles-mêmes sur pied des groupes d'entraide. La façon dont le projet est structuré permet aux femmes d'en assurer elles-mêmes l'application, c'est-à-dire recevoir de la formation, améliorer leurs propres compétences, puis aider les autres femmes. À l'aide d'accessoires et de techniques de sculpture, les participantes au sketch démontrent l'interaction entre membres de conseils, employés, professionnels travaillant dans la collectivité, animateurs de stages, groupes de soutien, élus locaux et divers paliers administratifs responsables de l'octroi de subventions, et que cette interaction est nécessaire pour réaliser les objectifs du projet.

On relève de fortes similitudes entre les techniques utilisées par ces deux projets destinés à aider les femmes à surmonter les problèmes inhérents à la vie dans les collectivités rurales et dans le Grand Nord. Les deux approches mises de l'avant visent essentiellement à donner aux femmes les moyens de s'aider elles-mêmes, à les diriger vers les ressources et les services communautaires, à sensibiliser ces services aux besoins particuliers des femmes dans le domaine de la santé et à renseigner celles-ci sur les facteurs qui peuvent nuire à leur santé. Le groupe s'attache à examiner certains concepts tels que les réseaux (par opposition à la structure hiérarchique), et les problèmes qui découlent de la dynamique communautaire complexe inhérente à des projets de ce type. Les participantes examinent également d'autres sujets tels que les pressions que peut subir un conseil d'administration bénévole et les attentes hautement irréalistes qu'une communauté peut entretenir à l'égard des services qui doivent lui être fournis.

En résumé, l'atelier s'est révélé une expérience concluante pour les participantes, dont beaucoup travaillent dans le domaine de la prévention au sein des collectivités rurales et du Grand Nord. Elles ont démontré un énorme intérêt pour le processus de formation des groupes de soutien et de recours à ces groupes, ainsi que pour l'organisation populaire et l'établissement de réseaux en général. Elles ont déclaré se sentir secondées par les autres femmes et soulagées de se rendre compte que les problèmes qu'elles connaissent sont courants. À mesure que les travaux progressaient, il est devenu évident que la planification en régions isolées peut exiger d'énormes efforts de la part des membres de l'équipe responsable, facteur qui a peut-être contribué au souhait exprimé par les participantes, à savoir qu'il faut renouveler l'énergie à investir dans ces projets, par la mise en commun des efforts. Les travaux ont suscité une participation active et l'atelier s'est déroulé sans heurts, se révélant une expérience dynamique, créatrice, stimulante et non menaçante pour les femmes qui y ont participé.

Femmes autochtones : se rétablir du choc culturel

Animatrices

Marilyn Fontaine. Indienne ojibway de la réserve Alexandra (Manitoba), travaille actuellement au *North End Women's Centre*, à Winnipeg, à titre de coordonnatrice d'un projet de promotion de la santé.

Maggie Hodgson. Indienne métisse de la Colombie-Britannique, est directrice du *Nechi Institute on Alcohol and Drug Education* à Edmonton (Alberta).

Chez la population autochtone du Canada, les contacts avec les cultures européennes ont contribué à l'effondrement général de la santé mentale, physique et spirituelle. Ils ont conduit à une rupture sociale, comme le montrent les taux élevés de suicide, de violence au sein de la famille, d'alcoolisme et de toxicomanie.

Dans les communautés amérindiennes, les services sociaux et de santé ont surtout été dispensés par des non-autochtones ayant des modes de pensée et des systèmes de valeurs différents. Pour aider au rapprochement des cultures, les travailleurs des services sociaux et ceux de la santé doivent acquérir une perception plus exacte de la «vision du monde» des autochtones et une meilleure compréhension des institutions et des infrastructures de la société amérindienne.

Les participantes à cet atelier explorent donc les moyens de lancer et de mener à bien le processus de «rétablissement» visé. De nombreuses femmes non autochtones assistent à l'atelier, à la recherche d'une meilleure connaissance de la culture autochtone et d'une meilleure compréhension de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui sévissent dans les communautés amérindiennes. En présence des femmes indiennes, elles écoutent Marilyn Fontaine décrire, dans une perspective historique, l'importance de la collectivité dans les cultures autochtones, en particulier dans les systèmes sociaux et les traditions. En se reportant à son expérience, Maggie Hodgson parle de la valeur et de l'influence positives des modèles parentaux et, d'autre part, du niveau de violence au sein de la famille, qui contribue à la rechute des femmes dans l'alcoolisme. Elle expose le pouvoir des collectivités telles que celle d'Alkali Lake, qui a renversé la tendance générale grâce à des modèles de rôles et à une approche basée sur l'apprentissage de l'autonomie, et en canalisant l'énergie et l'engagement des femmes. (Alkali Lake a réussi à contrer chez ses membres un grave problème d'alcoolisme, au point de renverser la tendance existante et d'atteindre un taux de sobriété de 95 p. 100.)

Grâce à une forte emphase sur le rétablissement et l'intégration, l'atelier a permis un grand pas vers une entente inter-culturelle. Les participantes ont insisté sur la force, la sagesse et la puissance qui existent en nous tous mais en particulier dans la culture autochtone. La séance s'est révélée une source d'information, d'ouverture, d'engagement et de réflexion, suscitant le respect et la fierté à l'égard de l'héritage autochtone et la reconnaissance des forces inhérentes aux diverses cultures amérindiennes. On a fait valoir que la solution aux graves problèmes sociaux et de santé dont souffre la population autochtone réside principalement dans l'éducation et les soins communautaires et l'encouragement actif des groupes de soutien. Les participantes ont déclaré qu'il faudrait promouvoir ces approches, avec ou sans l'aide de professionnels de la santé, et que la population amérindienne devrait être prête à accueillir de nouvelles données et disposée à travailler avec des organismes aussi bien autochtones que non autochtones, en vue de réaliser l'objectif de santé individuelle et communautaire qu'elles se sont fixé.

La femme âgée : une oubliée

Animatrices

Le docteur Sarah (Sally) J. Saunders a oeuvré pendant vingt ans à l'*Addiction Research Foundation* de l'Ontario, et conçu et élaboré l'idée du *Community Older Persons Alcohol Project* (COPA) de Toronto (projet communautaire de lutte contre l'alcoolisme chez les personnes âgées à Toronto).

Margaret Flower. infirmière autorisée, a travaillé dans les services sociaux et est actuellement coordonnatrice de programmes dans le cadre du projet COPA.

Au cours de cet atelier, Sally Saunders et Margaret Flower présentent quelques résultats du projet *Community Older Persons Alcohol*. Elles déclarent que bien qu'il soit connu que les femmes âgées se heurtent à des circonstances particulières qui les conduisent à faire un mauvais usage ou à un abus de médicaments et d'alcool, peu de recherches ont été entreprises à cet égard; les professionnels de la santé ont eu tendance à négliger (plutôt que d'oublier) ce problème. Qui plus est, le diagnostic dans ces cas est difficile à établir car les symptômes du comportement toxicomaniaque peuvent être très facilement confondus avec les signes du vieillissement.

Les animatrices décrivent divers événements et situations qui semblent prédisposer les femmes âgées à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Par exemple, les femmes de ce groupe d'âge doivent affronter des épreuves, généralement des pertes, plus fréquemment que les femmes plus jeunes : décès du conjoint ou d'un ami, détérioration de la santé,

vente de la maison familiale, perte de la dépendance fonctionnelle et, conséquemment, perte de l'estime de soi. Des pertes multiples, se présentant parfois simultanément, concourent fortement à miner les capacités de la femme âgée et, fréquemment, sa volonté d'affronter l'existence, ce qui la rend vulnérable à l'accoutumance.

À cause des relations de pouvoir qu'encourage notre société, les femmes âgées sont souvent conditionnées à accepter aveuglément deux mythes courants : qu'il existe «une pilule pour guérir chaque maladie» et que les médecins sont infaillibles. Le problème que pose le *mauvais usage* des médicaments, très répandu chez les femmes de ce groupe d'âge, se trouve aggravé du fait que les posologies sont imprimées en très petits caractères sur les étiquettes, ce qui peut les rendre difficiles à déchiffrer; en outre, les médecins ou les pharmaciens oublient parfois que les personnes âgées ont de la difficulté à entendre ou même sont sujettes à des pertes de mémoire. L'*abus* de médicaments («magasinage d'ordonnances») se produit également chez les femmes âgées, mais il représente un problème moins courant que le mauvais usage involontaire.

Lorsqu'une femme âgée abuse de l'alcool, cela perturbe tous les aspects de son existence. Ses loisirs peuvent devenir des activités solitaires ou partagées seulement avec d'autres «buveurs». Sa honte de boire et son sentiment de pécher peuvent menacer son sentiment d'appartenance à son église ou à une religion. Du fait qu'elle soit bien souvent, déjà pauvre, son accoutumance est généralement entretenue au détriment d'une alimentation et d'un logement adéquats, ce qui peut, éventuellement, la conduire à la perte de son logis ou à en être expulsée. En outre, une femme âgée que l'on trouve en état d'ivresse dans un lieu public est moins susceptible d'être conduite à un centre de désintoxication que le serait un homme âgé dans le même cas; au contraire, on la reconduit chez elle pour qu'elle y règle ses problèmes seule.

L'atelier compte parmi ses participantes de nombreuses femmes âgées ou ayant travaillé avec des personnes âgées. Elles sont venues à la recherche de nouvelles données et de nouvelles techniques à employer auprès des femmes âgées de leurs communautés. Sarah Saunders et Margaret Flower consacrent la seconde partie de l'atelier à tenter de préciser des stratégies de prévention susceptibles de résoudre certains problèmes auxquels les femmes âgées de notre société doivent faire face.

Les animatrices et les participantes mettent au point, de concert, un certain nombre de propositions. Les stratégies qu'elles recommandent visent notamment à sensibiliser les personnes responsables des soins aux besoins spéciaux sur le plan social, émotionnel et physique de ce groupe d'âge; à considérer l'ensemble des problèmes qui affectent la vie de la femme âgée au lieu d'envisager isolément l'alcoolisme ou la toxicomanie; à mettre au point des aide-mémoire spéciaux pour la prise des médicaments; à s'attacher à faire disparaître chez le public les mythes et stéréotypes au sujet du vieillissement et de l'incapacité; à rehausser l'estime de soi chez la femme âgée; à créer des groupes de soutien et d'apprentissage de l'autonomie; à aider les femmes âgées à prendre part activement à la vie de la collectivité; à adapter la trousse *C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs* à leurs besoins; à encourager la zoothérapie; à mettre l'accent sur le *maintien* d'une bonne santé et la nécessité de planifier son existence; et à promouvoir tôt dans la vie des habitudes autres que l'alcoolisme et la toxicomanie.

Cet atelier a suscité de nombreuses idées innovatrices et intéressantes en matière de prévention et d'éducation. Les femmes qui y ont assisté ont affirmé qu'elles y avaient gagné de la confiance en elles-mêmes pour affronter les problèmes qui existent dans leur propre milieu de travail.

Femmes au travail

Animatrice

Pauline Morissette est travailleuse sociale et consultante occupationnelle auprès de l'agence Montrose Inc. où ses fonctions portent sur l'implantation de programmes d'aide aux employés (PAE) ainsi que la formation des gestionnaires sur le dépistage des problèmes personnels. Pauline est actuellement étudiante au doctorat en santé communautaire à l'Université de Montréal et le sujet de sa thèse s'intitule : «L'alcoolisme potentiel chez les femmes au travail âgées de 20 à 55 ans».

L'atelier portait sur l'influence des PAE dans les milieux de travail à prédominance féminine. On examina, entre autres, les PAE comme outil de prévention, le dépistage précoce, les pratiques de consommation des buveuses à risques et les moyens de prévention. Le groupe des quinze personnes présentes était très hétérogène. Il y avait là des universitaires, des journalistes, des fonctionnaires, des conseillères et des ex-toxicomanes, s'intéressant toutes aux possibilités de ce service qu'est le PAE. L'atelier a été marqué par un intérêt modéré mais soutenu et les personnes qui prirent la parole l'ont fait avec beaucoup de pertinence.

Le public est peu informé sur le sujet de l'alcoolisme des femmes dans le milieu du travail. On s'est intéressé au contexte dans lequel travaillent les intervenantes de l'agence. Voici les points principaux qui ont fait l'objet de questions et de discussions : les buts et la raison d'être des PAE; les stratégies efficaces pour rejoindre les femmes à des fins préventives dans les divers milieux de travail; l'orientation de ces stratégies compte tenu des obstacles; et comment agir auprès des femmes pour prévenir qu'elles recourent à l'alcool.

Les participantes ont avancé des points de vue nouveaux, notamment qu'il faudrait prouver la rentabilité des PAE

car ils pourraient effectivement prévenir les mises à pied. Également, qu'il était dangereux de souligner les effets néfastes des médicaments tout en minimisant ceux de l'alcool, cela pouvant faire considérer ce dernier comme un moindre mal. D'ailleurs, la négation du problème d'alcool constitue un obstacle majeur à l'action préventive qui se manifeste à plusieurs niveaux : auprès de la haute direction et des superviseurs, dans l'entourage immédiat de la femme concernée et chez la femme elle-même. Ainsi les rencontres d'information et de discussion axées sur la consommation d'alcool risquent de faire fuir les femmes qui justement en auraient le plus besoin.

Il existe toute une gamme de stratégies et d'outils dont le but est de promouvoir la responsabilité individuelle versus la responsabilité environnementale. La confrontation permet de prendre l'initiative de s'adresser au PAE, ou du moins de cesser de nier le problème. On a recours au groupe de discussion sur les facteurs de risque et de stress, qui sont des sujets socialement plus acceptables, ou à l'atelier où l'on encourage les femmes à formuler leurs besoins et où elles trouvent le feedback positif qui leur manque. On a soulevé la question : comment atteindre les femmes ayant un alcoolique dans la famille, mais on n'a pas déterminé de stratégie par rapport à cette possibilité de risque accru. Quant aux cadres, on forme des groupes pour leur fournir l'occasion d'avoir des échanges et d'exprimer leurs sentiments à l'égard de la toxicomanie féminine. Il y a aussi les ateliers de communication pour promouvoir la réceptivité des cadres aux mesures innovatrices.

La jeune génération : stratégies

Animatrices

Gwen Bibby est administratrice de district au bureau de Lethbridge de l'*Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission* (AADAC) où elle assure la planification et la mise en oeuvre de programmes de prévention et de traitement.

Kasia Seydegart est travailleuse sociale de formation; elle travaille actuellement comme consultante en recherche et analyste de politiques et est codirectrice d'*Erin Research Inc*. Son intérêt pour les femmes et les jeunes remonte à son passage à l'*Addiction Research Foundation*, dans les années 70. Elle a lancé et coordonné *Rural Youth for Health*, projet de promotion de la santé destiné aux adolescents d'une petite collectivité ontarienne. (Manuel de référence : *A Teen Fair with Flair*, de K. Seydegart et al. Voir l'adresse à l'appendice A).

L'adolescence et la jeunesse sont deux périodes importantes dans la vie, au cours desquelles une personne a l'occasion d'acquérir le sens du pouvoir personnel et de la capacité de réussir dans la vie. Au cours de cet atelier, Gwen Bibby et Kasia Seydegart, qui ont collaboré chacune à un projet communautaire de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les jeunes, qui a été couronné de succès, présentent aux participantes les éléments clés des approches utilisées dans leur programme respectif.

Gwen Bibby décrit un programme de prévention à grande échelle mené à long terme auprès de la communauté et subventionné par l'AADAC : son historique, ses principales composantes, son application au sein de la communauté, l'évaluation et le suivi de ce programme ainsi que les résultats obtenus. Kasia Seydegart présente un projet de prévention rurale qui s'est terminé par une foire de la santé pour les jeunes. Elle en décrit les objectifs, l'organisation, les principales caractéristiques, puis souligne les éléments essentiels à la réussite d'un projet (par exemple, promotion, suivi, population visée, approche multidimensionnelle ou multimédias).

Les participantes à cet atelier prennent connaissance des défis de taille auxquels les organisateurs de programmes pour les jeunes ont à faire face. Gwen Bibby et Kasia Seydegart décrivent les diverses techniques qu'elles utilisent pour stimuler l'engagement et la participation de la communauté, déceler les éléments clés qui exercent une influence au sein de la collectivité, faire en sorte que les programmes correspondent entre eux, maintenir l'engagement et l'intérêt à un niveau élevé et trouver des fonds pour poursuivre les activités. Kasia décrit également, d'une part, l'approche utilisée par les organisateurs du projet rural pour surmonter les préjugés sexistes et, d'autre part, l'incidence du projet sur les adolescentes qui y ont participé. Elle insiste sur l'importance capitale que revêt la participation des jeunes au processus de planification ainsi que sur la nécessité et l'utilité d'obtenir un soutien total de la part des établissements scolaires. Certaines participantes sont intéressées à savoir si ce type de projet pour les jeunes peut s'appliquer dans les communautés autochtones; d'autres sont curieuses de connaître le rôle du coordonnateur de projet (comment recruter un coordonnateur, combien de temps doit-il consacrer au projet, etc.), et quels conseils Gwen et Kasia peuvent offrir pour maintenir la stabilité au sein d'un comité de direction.

Au cours de cet atelier, il est clairement apparu qu'avec une bonne mesure d'engagement personnel, d'énergie et de volonté, en plus de la sensibilité de la population cible, les membres d'une collectivité peuvent travailler ensemble à créer un environnement qui offre aux jeunes l'occasion de s'engager de façon valable. La participation des jeunes à des activités positives et amusantes les aide à ne pas recourir à l'alcool et à la drogue, contribue à leur faire gagner de la confiance en eux et à acquérir les talents et les connaissances nécessaires pour se préparer à affronter la vie.

Les participantes ont trouvé intéressant de pouvoir examiner deux approches différentes axées sur la prévention auprès des jeunes, toutes deux couronnées de succès

et facilement transposables à d'autres milieux et à d'autres groupes cibles. Les femmes ont semblé très engagées et intéressées dans le sujet et, tout au long de l'atelier, elles ont participé activement aux discussions.

Les femmes et la toxicomanie : le recours à une approche féministe

Animatrice

Marjorie MacDonald est professeure adjointe en sciences sociales à l'École de sciences sociales de l'Université Dalhousie. En raison de son expérience en thérapie clinique et en travail social, elle porte un intérêt particulier à la pratique de la thérapie féministe auprès des femmes souffrant de chimiodépendance, ainsi qu'à la théorie féministe. Elle exerce également sa profession en pratique privée auprès de femmes qui souffrent de problèmes d'accoutumance.

Cet atelier regroupe des femmes travaillant dans des centres de traitement ou dans l'industrie pharmaceutique, auprès des femmes sans logis et au sein d'associations oeuvrant pour que les femmes parviennent à s'affirmer et à se donner des moyens.

Dans son exposé, qui comporte une introduction à la pensée féministe, Marjorie MacDonald commence par définir quelques termes essentiels tels que féminisme, sexisme et thérapie féministe. Elle décrit les femmes comme les produits de leur société, une société toujours largement dominée par une minorité d'hommes de race blanche, et elle déplore le fait que ce ne soit que récemment que l'expérience des femmes a commencé à être considérée comme faisant autorité. Elle cite à cet égard la mise à jour d'une étude de 1970, entreprise par Broverman et al., qui démontre que les stéréotypes sexistes sont demeurés en général inchangés au cours de la dernière décennie et que la perception des femmes comme des êtres puérils, irresponsables et ayant besoin de protection persiste toujours. Marjorie MacDonald fait remarquer aux participantes que ces mythes continuent à être présentées comme des faits scientifiques. La vérité, c'est que de plus en plus de femmes sombrent dans l'alcoolisme et la toxicomanie; elles essaient d'effacer la détresse qu'elles ressentent à se sentir inadaptées aux stéréotypes erronés largement répandus. Les femmes cherchent refuge dans la consommation abusive de substances toxiques pour s'évader de leur sentiment de culpabilité et de confusion, et de la dépression.

Au cours de cet atelier, la discussion a surtout porté sur la façon dont les participantes pourraient intervenir pour modifier ces stéréotypes qui s'infiltrent. À cet égard, on a cerné plusieurs approches. Par exemple, chaque femme doit prendre la responsabilité d'exprimer son propre féminisme dans ses relations personnelles. Les femmes doivent communiquer entre elles, devenir plus militantes et travailler en commun. À mesure que la société et ses structures évolueront, les attitudes changeront.

Les modèles traditionnels de traitement ont jusqu'ici été conçus pour les hommes et présenté la toxicomanie comme une maladie. Ceux et celles qui travaillent dans le domaine de la dépendance toxicomaniaque doivent voir à ce que les programmes de prévention et de traitement tiennent compte des réactions et des besoins particuliers des femmes. Les femmes doivent trouver de nouvelles formules pour remplacer les programmes actuels. Avant tout, elles doivent être présentes dans des groupes réservés aux femmes où, en s'appuyant l'une l'autre, elles peuvent examiner, dans un milieu non menaçant, les questions qui se posent à une plus vaste échelle et qui les concernent.

Les participantes à cet atelier discutent également de la nécessité d'un nombre accru de femmes dans les instances gouvernementales chargées des politiques et de la prise de décisions, et elles étudient plusieurs moyens possibles d'amener le corps médical et l'industrie pharmaceutique à s'engager davantage pour aider les femmes à surmonter leur dépendance. Elles discutent également des moyens de faire participer activement les femmes démunies au mouvement féministe et de les aider à comprendre comment le féminisme s'applique à leur vie.

Cet atelier a offert aux participantes une nouvelle occasion de réfléchir à la valeur que la société prête aux femmes et aux idées préconçues qu'elle entretient à leur égard. Il a permis de leur rappeler l'urgente nécessité d'aider les autres femmes à se rendre compte des points communs et des liens qui unissent toutes les femmes, d'analyser d'après leur *propre* expérience, les concepts, les idées et les notions que la société véhicule au sujet des femmes.

Les femmes et la drogue

Animatrice

Marie Lecavalier est intervenante en toxicomanie au Centre d'accueil Domrémy Montréal. Elle est aussi chargée de cours au Certificat de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke pour les cours «Intervention auprès des femmes toxicomanes» et «Intervention auprès des toxicomanes».

D'emblée on peut préciser que le contexte socio-économique dans lequel vivent les femmes et ses répercussions sur leur santé, les stéréotypes, et des sentiments de culpabilité et de dépression sont autant de facteurs qui entrent en ligne de compte lorsqu'on aborde le sujet de la toxicomanie chez les femmes.

Les participantes à cet atelier étaient, pour la plupart, des intervenantes auprès de femmes toxicomanes. D'autres travaillaient surtout au niveau de la prévention. Cependant, toutes étaient unanimes quant à leurs attentes face à cet atelier : recevoir et échanger de l'information, partager leurs expériences vécues des approches utilisées et élaborer des stratégies possibles pour l'avenir.

C'est pour répondre à ces attentes que Marie Lecavalier a modifié quelque peu l'orientation de l'atelier. Elle a préféré mettre l'accent sur l'échange plutôt qu'approfondir l'exposé qu'elle avait préparé. Les points principaux qu'elle a abordé traitaient des modèles de consommation chez les femmes. Elle a accordé notamment une attention particulière aux drogues illicites. Elle a ensuite présenté la grille du DSM III (Diagnostic Statistical Manual). Cet exercice a permis aux participantes de repérer les handicaps liés aux psychotropes et, du coup, leur a donné la possibilité d'élaborer des recommandations sur l'adoption de mesures préventives. Finalement, Marie Lecavalier a proposé certains indices qui faciliteraient le dépistage des femmes aux prises avec des problèmes liés à la surconsommation de drogues.

Les participantes ont manifesté un grand intérêt vis-à-vis des aspects mis en relief par Marie Lecavalier. Elles ont elles-mêmes avancé certains points de vue. Par exemple, une d'entre elles, à la lumière de son expérience, a su présenter les nouveaux modèles de consommation chez les jeunes. Quelques projets novateurs ont même été suggérés.

Un des problèmes ayant surtout retenu l'attention des participantes de cet atelier a été celui des limites de l'intervention tant sur le plan de la prévention que du traitement. Quant aux solutions envisagées, certaines participantes ont proposé des stratégies d'action. En pratique, ces stratégies pourraient se concrétiser par la création de groupes de résolution de problèmes, la mise sur pied, par des femmes, de pièces de théâtre, l'organisation d'activités physiques, ou encore l'élaboration de thèmes de conférences.

Femmes rurales

Animatrices

Luce Ranger-Poisson est membre de l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS) depuis 1976. Elle a été vice-présidente provinciale de cette même association de 1983 à 1985. Elle occupe actuellement le poste de présidente, Sous-commission de la condition de la femme, Commission canadienne pour l'UNESCO.

Alice Michaud est infirmière. Elle détient un certificat en Éducation permanente et aux adultes. Elle coordonne présentement un programme pour les femmes battues à Gimli au Manitoba. Elle a aussi donné des cours dans le cadre du programme *C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs* aux femmes de tous les coins du Manitoba.

Cet atelier portait sur les besoins, les problèmes et les espoirs spécifiques des femmes rurales. Les douze participantes à cet atelier étaient des intervenantes en milieu rural surtout. Elles ont pu faire le point notamment sur les rôles multiples de la femme en milieu rural, l'isolement dans lequel elle vit et la rareté des vacances.

Dans le cadre de leur exposé, les animatrices ont traité d'abord de la diversité des milieux ruraux. Ces diversités sont de plusieurs ordres : social, démographique, culturel, géographique, et occupationnel. L'accent a été mis davantage sur les différentes facettes que présentent certains groupes de femmes, en particulier les femmes en agriculture, les femmes dont le conjoint occupe un emploi saisonnier ou occupationnel, les femmes de familles sans revenu d'emploi, et les femmes seules. Les particularités, positives ou négatives, de ces milieux ont ensuite été analysées. Les animatrices ont aussi traité du rôle des groupes et des réseaux de femmes, en exposant les relations entre les groupes autonomes et les réseaux structurés. Enfin, elles ont présenté deux hypothèses d'utilisation efficace des réseaux et tracé le portrait d'une intervention réussie.

Lors de la discussion qui a suivi l'exposé, les participantes ont souligné le fait que les recherches structurées en matière de santé chez les femmes rurales, au Québec et à l'extérieur de la province, sont quasi inexistantes.

Au chapitre des solutions proposées, les participantes ont fait ressortir plusieurs points. Elles ressentent la nécessité d'une solide communication entre les réseaux structurés et les groupes autonomes. Elles voient l'importance d'un échange de ressources et favorisent un regroupement qui déboucherait sur des actions concrètes. Selon elles, il faudrait que les moyens d'intervention soient mieux adaptés au milieu et ce par une plus grande familiarisation avec le milieu. Il faudrait croire davantage aux capacités des femmes rurales, être à l'écoute de leurs choix et de leurs besoins, et trouver les intérêts communs en respectant les divergences. La mise sur pied d'un réseau de transport (par exemple, par autobus scolaire) et celle d'un service de gardiennage (pour les enfants, les grands-parents, les personnes handicapées) figurent également sur la liste des solutions à envisager.

En résumé, deux points traduisent bien l'intérêt qu'a suscité cet atelier : la participation très active à la discussion et le projet qu'ont fait les participantes francophones d'organiser une réunion à l'issue de cette rencontre.

La femme au travail : prévention

Animatrices

Pat Badiet est travailleuse sociale et coordonnatrice du programme de consultation relevant du Centre de la sécurité des télécommunications du ministère de la Défense. Elle a également été l'une des fondatrices du Centre Amethyst pour femmes toxicomanes, à Ottawa.

Paddy Musson est professeure de sociologie au Collège Fanshawe, à London (Ontario). Elle s'occupe depuis de nombreuses années de questions relatives aux femmes et au travail; elle est actuellement présidente de la section locale 110 du syndicat des employés de la Fonction publique de l'Ontario et représentante régionale au comité provincial des femmes de ce syndicat.

Les participantes à cet atelier examinent les problèmes de toxicomanie au travail chez les femmes, ainsi que le rôle respectif des employeurs et des employés dans la lutte et la prévention dans ce domaine.

Pat Badiet présente un bref historique des changements survenus dans la participation des femmes au marché du travail. Puis, un groupe examine le profil de la travailleuse souffrant d'alcoolisme. Les participantes étudient ensuite les besoins économiques qui obligent la femme à travailler, son confinement dans des emplois mal payés et sans possibilités d'avancement, dans les bureaux et les services, le problème chronique de la faible estime de soi, aggravé par le fait que la femme est souvent sous-évaluée dans son travail, les stress résultant de ses efforts à remplir des rôles et des responsabilités multiples et la nécessité de disposer de programmes qui englobent tous les facteurs contribuant à entretenir la toxicomanie chez la femme qui travaille à l'extérieur.

Il s'ensuit une discussion entre «partisans» et «adversaires» des programmes d'aide aux employés (PAE). Les participantes, dont bon nombre s'occupent directement de ces programmes sur les lieux de travail, tirent profit de l'éventail complet des points de vue et perceptions concernant les PAE. Les animatrices, qui toutes deux oeuvrent en particulier à l'amélioration de la condition de la femme au travail, offrent différents points de vue sur la question, d'après leur propre expérience et leurs connaissances. Paddy Musson présente quelques expériences des syndicats en ce qui concerne les PAE, et expose les préoccupations que suscite l'absence de recherche longitudinale. Pat Badiet relève les aspects positifs d'une collaboration entre syndicat et direction.

Au cours de la discussion sur les PAE, les participantes examinent également certaines raisons qui poussent les femmes alcooliques ou toxicomanes à ne pas se prévaloir des programmes offerts par l'employeur. La stigmatisation que le recours à ces programmes entraîne est perçue comme une question importante par les participantes. Par exemple, certaines femmes préfèrent démissionner de leur emploi plutôt que de voir leur problème «exposé au grand jour»; pour la même raison, d'autres choisissent de chercher de l'aide hors de leur lieu de travail. Les participantes sont également d'avis que bien des femmes perçoivent des PAE comme étant «conçus par des hommes pour des hommes».

Au cours de la dernière partie de l'atelier, le groupe s'attache à explorer diverses stratégies pour lutter contre le problème de l'alcoolisme chez les travailleuses. Les participantes conviennent des points suivants : le counseling sur les lieux de travail pour former les femmes à agir collectivement dans leur propre intérêt est une «formation à l'empathie» pour les aider à comprendre que l'autonomie et la participation à la prise de décisions sont deux éléments vitaux pour réduire le stress chez la travailleuse; il faut davantage tenir compte de la situation sociale de la femme et des conflits de rôles fréquemment vécus par la travailleuse, il faut concevoir des programmes innovateurs et prendre des initiatives en fonction de ces considérations (par exemple, travail partagé, visites de cliniques mobiles dans les quartiers des manufactures, etc.). On insiste également sur la nécessité de veiller à ce que les programmes d'aide répondent aux besoins des employés et non à ceux des employeurs, et de cerner les raisons pour lesquelles certains programmes destinés aux travailleuses sont couronnés de succès (par exemple, les programmes d'abandon de la cigarette) tandis que d'autres semblent voués à l'échec (les programmes amaigrissants). La majeure partie de la discussion dans cet atelier porte sur des façons de déceler et de traiter les problèmes d'alcool et sur les résultats obtenus. On souligne également l'importance d'apporter des changements dans les structures en vue de prévenir la toxicomanie chez les travailleuses, mais le temps limité dont on dispose ne permet pas d'examiner cette question en profondeur. Néanmoins, la question a fait l'objet d'une bonne discussion préliminaire et, après l'atelier, quelques participantes sont restées pour examiner des moyens plus précis de rejoindre les femmes dans leur lieu de travail.

II

D'où vient la dépendance et comment parvenir à l'indépendance

Louise Nadeau est coordonnatrice du certificat en toxicomanie de la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal. Elle termine actuellement un doctorat en psychologie. Elle a participé à la rédaction de travaux sur l'usage de l'alcool chez les Québécoises, ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en application d'un nouveau programme de formation destiné aux personnes travaillant dans les services sociaux et de santé du Québec. On l'a vue, également, dans une émission de télévision bimensuelle intitulée «Au jour le jour».

Au cours des deux derniers jours, nous avons essayé de mieux comprendre un certain nombre de questions concernant les femmes. Pour beaucoup d'entre nous, il peut sembler que ces questions font partie de notre vie depuis toujours. Essayer de déterminer bien clairement notre identité et *d'où* elle nous vient est une démarche que nous avons intégrée à nos vies depuis dix à quinze ans.

Cette «quête de vérité» a suivi un cours sinueux, que je ne m'aventurerai pas à explorer d'un point de vue métaphysique. Comme Lavada Pinder l'a signalé, la trousse a été mise au point dans le contexte des années 70, époque de plus grande abondance économique et, si je puis dire, de plus grande naïveté. Malgré cela, nous avons encore un besoin bien réel du programme *C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs*. Certaines d'entre nous sont peut-être d'avis que la trousse a besoin de quelques mises à jour, mais très peu, j'en suis convaincue, mettent en doute son utilité actuelle et le rôle essentiel qu'elle joue. Elle demeure très pertinente; elle est encore «à la hauteur» car les problèmes qu'elle tente de résoudre font toujours partie de la réalité pour la plupart des Canadiennes.

La notion de base de la trousse était que les femmes se voient imposer des rôles restrictifs, en particulier la fonction de «maternage», fonction primordiale entre toutes, mais rarement reconnue comme telle. Au cours des dix dernières années, on a mieux reconnu les rôles restrictifs auxquels les femmes sont soumises. Cependant, un bon nombre de femmes subissent maintenant une plus grande pression à cause de leur double responsabilité, c'est-à-dire réussir sur le marché du travail tout en continuant d'assumer les responsabilités conjugales, maternelles et domestiques. Dans la trousse, les désavantages du rôle féminin ont été conceptualisés comme une perte de maîtrise sur l'environnement, facteur qui contribuerait, selon les hypothèses avancées, à la détresse que les femmes éprouvent, et qui se traduit par la dépression, l'angoisse ou un usage excessif de psychotropes. Si un grand nombre des questions soulevées dans les années 70 sont encore d'actualité, d'autres n'ont pas aussi bien subi l'épreuve du temps. En un mot, disons que les généralisations grossières ont été abandonnées : on ne se sert plus, pour décrire la réalité, de la catégorisation sans nuances selon laquelle les femmes sont toutes du «bon» côté, mais du côté perdant, alors que les hommes sont du «mauvais» côté, mais du côté des gagnants. À la fin des années 60 et au début des années 70, nous étions des pionnières; nous essayions de nous frayer un chemin à travers la forêt, et il était difficile de faire une sélection dans les arbres à couper. Dans certains discours et certains écrits, on a fait une coupe à blanc. Depuis cette époque, on a beaucoup travaillé au reboisement et à faire un tri entre ce qui devait être «arraché» et ce qui devait être conservé. Étant donné notre héritage patriarcal (dans lequel l'universalité est un concept masculin), nous avons dû «couper» un grand nombre d'idées toutes faites de façon à pouvoir repenser le monde. Cette démarche a, dans une certaine mesure, fait apparaître un nouveau phénomène que nous pouvons appeler «sexisme féminin». Les énoncés quelque peu excessifs qui ont été formulés dans ce contexte ont été soumis à un tel examen dans les médias et ailleurs que l'on peut facilement comprendre pourquoi certaines femmes (dont je suis fière d'avoir fait partie) étaient si «radicales» dans leur pensée.

Je reconnais la valeur de la tradition pamphlétaire et polémique des années 70, et je lui dois beaucoup. Dans

mon exposé, toutefois, je traiterai plutôt de concepts aux multi-variés des années 80. Plus particulièrement, j'aimerais me pencher sur deux questions :

- celle de la dépendance émotionnelle et cognitive des femmes dans notre société; et
- celle des moyens à prendre pour parvenir à une saine interdépendance.

Femmes et hommes : sur un ton différent

Dans le dernier chapitre de son remarquable livre, Carol Gilligan résume les études qui ont été faites sur le cycle de vie masculin. Chez les hommes, la maturité est vue comme l'aboutissement d'un processus d'individualisation; ainsi (traduction)

> «les relations déterminantes du début de l'âge adulte sont considérées comme le moyen d'arriver à une réussite individuelle, et ces «figures transitoires» doivent être écartées ou reconstruites une fois le but atteint.» (p. 152)

S'il se présente un obstacle à la réalisation du but recherché, par exemple une relation personnelle, l'homme doit (traduction) «s'en défaire pour préserver son rêve» (p. 152). Pour les hommes, la réussite justifie une séparation, en ce sens que les relations sont secondaires par rapport au but recherché qui définit le cycle de vie des hommes. Étant donné cette façon de voir les relations comme un instrument, nous pouvons comprendre pourquoi les hommes sont plus distants que les femmes dans leurs rapports et pourquoi, aux yeux des femmes avec qui ils ont une relation, ils semblent fuir si souvent.

Par contre, les femmes se définissent dans un contexte de relations humaines. Selon Gilligan, les femmes ont une préoccupation morale d'un ordre différent (traduction) :

> «La sensibilité aux besoins des autres et le fait d'assumer la responsabilité à l'égard de ces besoins entraînent les femmes à prêter attention à des voix autres que la leur et à tenir compte, dans leur jugement, du point de vue des autres . . . Ainsi, les femmes non seulement se définissent dans un contexte de relations humaines, mais se jugent également en fonction de leur capacité de s'occuper des autres.» (p. 16 et 17)

Dans l'univers privé des femmes, l'affiliation et les relations sont primordiales. Par exemple, tout indique qu'une femme amoureuse tend à investir une plus grande part de ses pensées et de ses sentiments dans la relation de couple que ne le fait son partenaire. Dans l'ensemble, les femmes semblent plus disposées que les hommes à accorder une priorité élevée au temps passé ensemble. Les plaintes au sujet d'un manque de réciprocité, ou sur le fait que le caractère ou les qualités uniques d'une personne ne sont pas reconnus, sont fréquentes de la part des hommes aussi bien que des femmes vivant une relation de couple. Toutefois, ce genre de mécontentement se rencontre plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Plus précisément, «le Couple» en tant que relation, et non dans son aspect de possession ou d'institution, est une priorité plus élevée pour les femmes que pour les hommes.

Les questions qui importent le plus aux femmes sont celles qui concernent les personnes qui comptent dans leur vie : la réussite de leur vie personnelle par rapport à leurs enfants, leurs ami(e)s et le conjoint aimé est considérée comme l'expérience centrale de leur existence. Un grand nombre de femmes en sont venues à croire qu'elles n'ont une valeur en tant qu'être humain que si, et seulement si, elles sont capables d'établir et de maintenir le genre de relations auxquelles elles accordent de la valeur. L'émancipation socio-économique des femmes n'a pas vraiment changé cette expérience du privé : les femmes qui travaillent à l'extérieur ont peut-être ajouté une nouvelle priorité à leur échelle de valeurs, mais cette priorité, c'est-à-dire le travail, se substitue rarement aux questions personnelles dans cette échelle.

L'origine sociale de la dépression chez les femmes

Cette importance fondamentale, pour les femmes, de leur réseau personnel se trouve confirmée lorsqu'on examine le genre d'événements et de circonstances le plus susceptibles d'affliger les femmes. Les travaux du *University of London's Bedford College* (Brown et Harris, 1978) sur l'origine sociale de la dépression sont particulièrement révélateurs à cet égard. Bien que ces travaux soient empreints d'un biais hétérosexiste, ils demeurent la meilleure recherche qui ait été publiée au sujet de la dépression chez les femmes.

Comment décrire l'état de dépression clinique chez une personne? Être déprimé, c'est sentir qu'on n'a aucune valeur en tant que personne, dans un monde qui semble n'avoir aucun sens et dans une perspective d'avenir qui apparaît désespérée. Plusieurs autres symptômes accompagnent la dépression : dévalorisation de soi-même, perte d'énergie, lassitude, plaintes, insomnie du matin, perte de poids, perte d'appétit, agitation, ralentissement de la pensée et idées morbides fréquentes.

Dans la plupart des cas, les causes de ces manifestations de la dépression sont d'ordre environnemental ou social. Certains types d'événements ont la faculté de provoquer la dépression chez les femmes. Deux caractéristiques distinguent ces événements : ils sont déplaisants et ils représentent une menace pour l'avenir. Autrement dit, les perspectives d'avenir sont changées, et d'une façon non

désirée. Les sentiments de perte et de déception sont inhérents aux événements liés à la dépression. En voici des exemples :

- séparation ou menace de séparation (par ex. la mort d'un parent ou un mari qui annonce qu'il va quitter la maison);
- révélation déplaisante au sujet d'un proche, qui oblige à faire une réévaluation importante de la personne et de la relation avec celle-ci (par ex., une personne découvre que son mari l'a trompée, et perd ainsi la conception fondamentale qu'elle se faisait de la relation);
- maladie grave d'un proche;
- perte matérielle importante ou déception, ou la menace d'un tel événement (par ex., une faillite);
- changement forcé de résidence ou menace d'un tel changement;
- série de crises diverses dans laquelle entre un élément de perte, telle une séparation légale (Brown et Harris, 1978, p. 103).

En eux-mêmes et d'eux-mêmes, les événements ne provoquent pas la dépression. Un grand nombre de gens vivent une expérience traumatisante, par exemple la perte d'un enfant ou une catastrophe naturelle, mais très peu, proportionnellement, manifestent des symptômes psychiatriques. Pour expliquer ce phénomène, les chercheurs parlent d'un niveau de vulnérabilité différent d'une personne à l'autre. Certaines personnes semblent protégées contre l'adversité; d'autres, au contraire, réagissent avec intensité aux événements traumatisants. Deux genres de facteurs semblent jouer un rôle à cet égard :

- les conditions de vie passées, qui peuvent être regroupées sous «l'étiquette» générale de négligence infantile. Dans son enfance, la personne a vécu des situations traumatisantes telles que l'indifférence ou le contrôle parental, la tension, la discorde ou la violence dans la famille;
- les recherches indiquent que le manque d'intimité ou l'absence de confident(e)s placent les femmes dans un état de vulnérabilité. Autrement dit, les femmes qui n'ont personne avec qui partager leurs secrets ont de plus fortes chances de succomber à la dépression. À l'inverse, celles qui ont un(e) confident(e) sont protégées dans l'adversité.

Selon Brown et ses collègues, la dépression chez les femmes peut être définie comme (traduction) «un désespoir généralisé en réponse à une crise»; toujours selon eux, «l'existence d'un facteur de vulnérabilité, comme l'absence d'une relation étroite avec un(e) confident(e), augmente la probabilité d'une telle réaction» (Brown et al., manuscrit inédit, p. 27).

Des études effectuées récemment par le *Bedford College* (Brown et al., manuscrit inédit) ont permis de dégager les constatations suivantes :

- les pertes et les déceptions qui sont avant tout d'ordre interpersonnel sont plus susceptibles que d'autres de déclencher une dépression (p. 14, 15) (par ex., les pertes et déceptions qui mettent en cause un mari ou un amant, un parent ou un ami proche, ou un enfant, de même que les événements associés à une grossesse ou à une naissance);
- les risques de dépression augmentent lorsque des événements critiques graves se produisent (par ex., des événements qui touchent une zone d'attachement profond ou de conflit de rôles important, ou des événements graves liés à une difficulté permanente majeure).

À partir de ces observations, nous pouvons établir les grandes lignes suivantes :

- les événements et les difficultés qui ont le plus d'importance pour les femmes, et dont les répercussions sont vitales pour la planification de leur vie, sont avant tout ceux qui sont liés à leur réseau personnel (p. 15);
- chez les femmes, l'attachement profond aux êtres qui comptent dans leur vie semble accroître le sentiment de perte, le cas échéant, et ainsi augmenter les risques de dépression (p. 26).

Nous avons ici un domaine où il convient particulièrement bien d'employer la méthode classique qui consiste à avoir recours à la pathologie pour jeter de la lumière sur l'état normal. L'étude de l'origine sociale de la dépression chez les femmes nous aide à comprendre les facteurs qui amènent les femmes à se sentir désespérées, et nous permet de déterminer quelles sont les femmes pour qui un certain niveau de désorganisation est susceptible de devenir pathologique. Les recherches sur les répercussions du sentiment de perte et de l'absence de relation intime dans la vie d'une femme permettent de croire que l'expérience privée des femmes est «modulée» sur «un ton différent» : les femmes ont un monde intérieur dans lequel l'affiliation et les relations jouent un rôle essentiel, et dans lequel la sensibilité aux besoins des autres et la capacité de pourvoir à ceux-ci sont primordiales.

Les femmes et les troubles liés à l'alcool

Existe-t-il une raison de croire que la pharmacodépendance chez les femmes constitue une réaction aux événements de la vie semblable à celle des femmes qui souffrent de dépression? Une brève étude (basée sur le modèle de Brown et Harris) de 40 femmes alcooliques admises en traitement et ayant déclaré avoir un problème d'alcool depuis cinq ans ou moins a permis d'établir les tendances suivantes.

Exposé

Les événements les plus susceptibles de prédisposer une femme à l'alcoolisme sont ceux qui concernent son mariage, sa vie amoureuse, ses enfants ou des parents. Comme dans le cas de la dépression, les événements menaçants et déterminants sont liés à la vie privée d'une femme.

Par contre, les facteurs de vulnérabilité sont moins bien définis pour l'alcoolisme que pour la dépression.

- En ce qui concerne l'influence du passé, la négligence infantile (enfant ayant vécu des situations traumatisantes telles que l'indifférence ou le contrôle parental, la tension, la discorde ou la violence dans la famille) semble être une expérience traumatisante importante.

  En second lieu, selon toutes les données recueillies dans le domaine de l'alcoolisme, y compris les données de l'étude que j'ai menée, il semble que l'alcoolisme dans la famille augmente le risque pour une personne, homme ou femme, de devenir alcoolique. Toutefois, il arrive plus souvent chez les femmes alcooliques admises pour une cure que chez les hommes alcooliques d'avoir un parent (père, mère, frère ou soeur) qui souffre d'alcoolisme.

- En ce qui concerne les facteurs actuels qui peuvent jouer un rôle, la question du manque d'intimité demeure ouverte : dans notre étude, nous n'avons pas pu examiner séparément les deux facteurs que sont l'absence de confident(e) et l'isolement émotionnel créé par les difficultés conjugales.

Nous avons tiré les constatations suivantes des résultats préliminaires de l'étude :

- Premièrement, chez une petite partie des femmes alcooliques, un événement grave, indépendant de la volonté de la personne, s'est produit dans l'année précédant celle où la dépendance envers l'alcool s'est manifestée. Par exemple, on a relevé parmi les sujets quatre cas de faillite à l'automne 1981, époque à laquelle les taux d'intérêt sont passés de 10 à 19 p. 100.

- Deuxièmement, dans la majorité des cas, un événement personnel «non indépendant» de la volonté, c'est-à-dire un événement dans lequel le propre comportement de la femme peut avoir joué un rôle, s'est produit (par exemple, une séparation ou un problème grave avec un enfant). La plupart du temps, l'événement était lié à une difficulté chronique, notamment des problèmes conjugaux graves donnant lieu à des querelles, des relations sexuelles sans consentement explicite, des comportements violents à l'occasion ou un problème persistant avec un enfant.

- En troisième lieu, dans certains cas, aucun événement grave n'avait précédé les premières manifestations d'alcoolisme : aucune cause sociale n'a pu être déterminée pour ces femmes. Certaines de ces femmes ont déclaré éprouver des conflits intérieurs intenses (par exemple, une culpabilité pathologique face à un comportement de séduction). Dans ces cas, l'alcoolisme peut être considéré comme secondaire par rapport à un trouble affectif initial tel que la dépression ou l'anxiété.

- Quatrièmement, enfin, pour une des femmes de l'étude, on n'a relevé aucun événement, aucun facteur de vulnérabilité ni aucun conflit intérieur grave. À mon avis, elle buvait pour se donner un moyen de communiquer avec son mari, mais le degré de difficultés conjugales n'était pas très élevé par rapport aux normes que nous avions établies pour la recherche.

Selon ces résultats, il semble que deux facteurs (des changements non désirés et indépendants de la volonté, en particulier ceux qui affectent la vie interpersonnelle de la femme, et l'absence de relation intime ou de confident(e) sont susceptibles de favoriser l'alcoolisme chez la femme. Par conséquent, lorsqu'on travaille avec des femmes qui souffrent de ce problème, il est important de leur poser des questions sur les stress psychologiques qu'elles ont pu subir au cours des douze mois précédents, et de déterminer quel genre d'aide sociale peut leur être offerte.

Si vous me permettez maintenant d'exprimer un point de vue moins scientifique, j'ai parfois l'impression, que vous partagez peut-être, que chez ces femmes, la dépendance envers l'alcool déborde sur leur vie sentimentale. Edwards et Gross, dans une publication de 1976, ont donné cette remarquable définition du syndrome de l'alcoolisme (traduction) :

> «C'est le sentiment d'être aux prises avec un élément étranger, irrationnel et non voulu qui, pour les patients souffrant d'une grave dépendance, semble être une expérience particulièrement difficile à transmettre.» (p. 1060).

Ce sentiment de perte de maîtrise éprouvé par les personnes souffrant de pharmacodépendance semblait également prédominer dans les relations amoureuses des femmes qui ont fait l'objet de l'étude. Un bon nombre d'entre elles, qui se disaient «en amour», se comportaient comme des victimes tout en persistant dans une situation que l'on pourrait qualifier de pénible d'un point de vue objectif. Leur expérience de ces relations était celle d'être possédées par un élément étranger, sur lequel elles étaient sans pouvoir : elles étaient devenues «dépendantes», comme s'il s'agissait d'une drogue. Il faudrait probablement accorder plus d'attention à cet autre aspect de la dépendance, que l'on peut observer chez une bonne partie des femmes qui souffrent de toxicomanie.

En tant que féministe, j'ai éprouvé des sentiments contradictoires à écouter ces femmes passives et dépendantes. Leur lutte et leur souffrance m'ont rappelé les difficultés que j'ai dû moi-même affronter pour parvenir à appliquer, dans ma vie privée, ce qui constituait pour moi les principes féministes de l'indépendance émotionnelle. Ces femmes avaient dû faire face à de graves difficultés et leur souffrance se manifestait dans les symptômes

psychiatriques qu'elles présentaient. À cet égard, elles étaient différentes de moi. Cependant, même si leur détresse et leur souffrance étaient plus intenses, elles s'apparentaient à la détresse et à la souffrance que moi-même et la plupart de mes amies avions déjà éprouvées. En voyant la peine et l'humiliation qu'un comportement de soumission entraîne, j'ai ressenti de la compassion, mais aussi de la colère et de la rage devant le fait que nous soyons «le deuxième sexe». Pendant que j'enregistrais les données, il m'est arrivé de souhaiter que les femmes cessent de donner la priorité aux relations personnelles et à l'affiliation pour qu'elles puissent se libérer de cette dépendance qui peut se révéler fatale pour elles.

Transformer sa faiblesse en force

Il semble que ma présentation ait dévié vers un étrange constat. Je vous ai parlé de la façon dont le degré d'attachement des femmes aux personnes qui ont de l'importance dans leur vie semble aiguiser le sentiment de perte qu'elles peuvent éprouver, et augmenter les risques de dépression. Le fait que les femmes se préoccupent des autres a été relevé comme un facteur pouvant favoriser l'apparition de symptômes psychiatriques tels que la dépression ou la toxicomanie, lorsqu'en fait, l'affiliation et les attachements avec les autres devraient être considérés non comme une faiblesse, mais comme une force. Comment pouvons-nous tirer un sens de tout cela sans pour autant retourner à la catégorisation sans nuances selon laquelle toutes les femmes sont du «bon» côté, mais du côté perdant, tandis que les hommes sont du «mauvais» côté, qui est le côté des gagnants?

Tout d'abord, je n'essaierai pas de masquer la réalité que je viens de décrire. Les données épidémiologiques sont éloquentes :

- Le ratio des cas de dépression, entre les femmes et les hommes, est de 2 pour 1, et même les chercheurs les plus conservateurs attribuent cet écart aux (traduction) «désavantages psychologiques du rôle féminin» (Weissman et Klerman, 1977, p. 108) (traduction).
- En ce qui concerne le ratio des ordonnances de psychotropes entre les femmes et les hommes, il n'a pas changé depuis l'époque où la regrettée Ruth Cooperstock publiait pour la première fois ses recherches, du moins pas au Québec. Ce qui a changé, par contre, c'est que le directeur du Régime d'assurance-maladie du Québec déclare maintenant, publiquement, que les ordonnances abusives données aux femmes sont attribuables à la médicalisation des problèmes sociaux. Les femmes sont plus vulnérables aux troubles affectifs et elles sont perçues comme telles par ceux qui donnent les ordonnances. En outre, bien des femmes sentent qu'elles ont besoin de pilules pour faire face à la vie, avec toutes les souffrances et les désillusions qu'elle apporte.

Pour un grand nombre de femmes qui ne présentent pas de symptômes psychiatriques et qui ne souffrent pas de problèmes connexes de toxicomanie, des femmes normales dirons-nous, l'autonomie, l'indépendance et la maîtrise de l'environnement n'ont pas vraiment réussi à apporter la satisfaction émotionnelle attendue. Selon le mouvement féministe, les femmes doivent être autonomes : «fortes et puissantes», a été la devise. Cette nouvelle norme a eu un effet sur la plupart des femmes, féministes ou non. Mais, si l'autonomie peut apporter un sentiment de bien-être, elle peut aussi laisser chez une personne un sentiment de «manque», car elle ne résout pas la souffrance qui provient du manque d'amour. D'une manière, certaines femmes se sont senties trahies par les promesses du mouvement féministe.

Pour les femmes qui sympathisent avec les idées féministes, il importe de se rappeler que toutes les femmes souhaitent atteindre les objectifs d'autonomie et d'indépendance promulgués comme l'idéal féministe. Le rejet de cet idéal ne doit pas être perçu comme sacrilège parce que nous avons besoin d'une «validation» de nos propres choix, et de voir que d'autres réussissent dans des secteurs où nous-mêmes devons nous battre. Inversement, certaines femmes ont, pour une raison quelconque, brisé la règle de la primauté des relations personnelles et de l'affiliation. Elles aussi sont «normales».

En conclusion, nous devons nous souvenir que le féminisme ne nous a jamais promis le paradis. Le féminisme est la capacité de dénoncer l'inégalité de certaines situations. C'est le processus par lequel certains changements sont amenés grâce à la solidarité, la conscientisation et l'action stratégique. Et cela *s'est réellement* produit au cours de la dernière décennie. Toutefois, changer le processus de socialisation auquel les femmes sont soumises est une tâche ardue et de longue haleine, qui ne peut être accomplie en une décennie. Il est donc normal que l'émancipation émotionnelle se révèle plus difficile à atteindre que l'autonomie socio-économique, qui elle-même est loin d'être réalisée. En outre, étant donné que les femmes ne détiennent pas autant de pouvoir que les hommes, le processus de changement se fait dans des conditions adverses. Enfin, il est bien connu que lorsque des personnes se sentent aimées et appuyées, elles progressent plus rapidement : or, dans notre monde, le soutien et l'amour sont la responsabilité de la femme, et non celle de l'homme. On peut donc conclure que le processus de changement a été ralenti à cause de toutes ces conditions difficiles.

Aujourd'hui, comme dans les années 70, nous avons un pressant besoin de réseaux de soutien et de solidarité, ainsi que de programmes de sensibilisation de la communauté, si nous voulons rompre l'isolement des femmes. À cet égard, mon opinion, qui est d'ordre clinique, est que la vulnérabilité résultant du manque d'intimité traduit ce besoin de systèmes stratégiques de soutien. Les femmes qui peuvent se confier bénéficient d'une protection dans l'adversité; elles sont en

mesure d'éviter la dépression. Bien que le fait de se trouver parmi d'autres femmes ne résout pas le problème de ne pas se sentir désirée (le cas échéant), un grand nombre de femmes soulignent la dignité et la joie qu'amène le contact avec d'autres femmes.

D'un point de vue plus philosophique, je propose que nous essayions, avec nos amants, nos confident(e)s, nos ami(e)s, nos groupes de travail et les ressources communautaires, de voir comment nous pouvons conserver notre souci des autres sans que les relations déterminantes dans notre vie deviennent un facteur de risque. Je devrais donc proposer, à ce point-ci de mon exposé, un programme précis qui permettrait de transformer la dépendance en interdépendance. Malheureusement, je n'ai pas de recette à vous donner; notre tâche, au cours des prochaines années, sera d'en mettre une au point, individuellement et collectivement.

Références

Brown, G.W. et T.O. Harris. *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women.* Londres: Tavistock, 1978.

Edwards, G. et M. Gross. "Alcohol Dependence: Provisional Description of a Clinical Syndrome." *British Journal of Psychiatry*, 1(1976): 1058-1061.

Gilligan, C. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development.* Cambridge: Harvard University Press, 1982.

Weissman, M.M. et G.L. Klerman. "Sex differences and epidemiology of depression." *Archives of General Psychiatry*, 34(1977): 98-111.

Remerciements

Je remercie mon amie Judith Dufour, qui m'a aidée à clarifier un grand nombre des questions débattues ici en m'écoutant patiemment et en m'alimentant de ses commentaires pertinents; je remercie également mes sujets, qui ont bien voulu me fournir des renseignements sur leur vie privée.

Ateliers

Les femmes et la double responsabilité

Animatrice

Arlene Timmins est agent de développement social au Secrétariat d'État à Hamilton (Ontario). Elle était auparavant directrice de *Womanpower Inc.*, agence d'orientation professionnelle pour les femmes à London, Ontario. Elle a également travaillé avec des jeunes alcooliques et toxicomanes.

Au cours de cet atelier de travail, la discussion porte surtout sur les effets que produisent, chez les femmes, les stress de la vie au travail combinés au fait qu'elles demeurent les premières responsables du foyer.

Au cours de la séance de la matinée, la plupart des participantes semblent désireuses de faire part aux autres de leurs expériences personnelles; dans l'après-midi, cependant, elles parlent moins d'elles-mêmes et discutent de manière plus générale.

Voici quelques-uns des cas personnels mentionnés par ces femmes : la célibataire qui dirige une agence, la femme de carrière qui a un enfant et une relation amoureuse, la professionnelle qui choisit de travailler à la maison près de sa famille et la femme qui travaille avec son mari dans un foyer de groupe. De nombreuses sources de stress sont soulignées : par exemple, répondre aux attentes du conjoint en matière de rôles, assumer la responsabilité de diriger ou de gérer une affaire sans appui ou presque, devoir faire mieux que les hommes pour être acceptée dans le milieu du travail, risquer l'épuisement (mieux vous travaillez, plus on vous en demande), maintenir l'équilibre entre les exigences de la vie professionnelle, les enfants, les relations amoureuses et ses propres besoins, reconnaître ce qui est dans son propre intérêt et se garder du temps pour soi, réagir aux attentes qui veulent que la femme «materne» les autres et s'inquiète d'eux, même dans le milieu de travail, et enfin se heurter au fait qu'une bonne partie du travail accompli par la femme n'est pas considéré comme du «vrai travail» (tâches ménagères, bénévolat, etc.).

Les participantes explorent les effets de ces stress sur la santé, notamment la vulnérabilité accrue des femmes face à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies. À leur avis, bien des femmes essaient de fuir leurs problèmes en devenant des «bourreaux de travail», en acceptant toujours plus de responsabilités et en exigeant de plus en plus d'elles-mêmes pour essayer d'atténuer le sentiment de culpabilité qu'elles ressentent. D'autres se tournent vers l'alcool, les drogues ou la nourriture. Certaines femmes voient même dans la maladie une façon de fuir leur charge exagérée de responsabilités, un moyen d'obtenir l'appui dont elles ont désespérément besoin.

Les membres du groupe discutent de stratégies propres à aider les femmes à faire face au stress associé à la double responsabilité. À leur avis, les femmes seraient plus susceptibles de s'en tirer si elles pouvaient se fixer des buts réalistes, apprendre à dire «non» plus souvent et se garder plus de temps pour elles-mêmes. Elles devraient également parler davantage de leurs expériences avec les autres femmes et, au travail, pouvoir faire part de leurs inquiétudes à leurs supérieurs et à leurs surveillants. Certaines soulignent cependant que, bien que chaque femme puisse en venir à maîtriser ou à améliorer les situations qui marquent sa propre vie quotidienne, il n'en reste pas moins qu'il existe un véritable besoin de changer le système, par l'action politique. Il importe donc d'étudier des stratégies fondées sur le pouvoir des groupes et de créer de nouveaux systèmes propres à bénéficier non seulement aux femmes, mais aux hommes également. La discussion porte surtout sur les avantages et les désavantages de s'adapter et de s'ajuster à sa situation (se plier au vieux système et ainsi le perpétuer) au lieu de prendre consciemment la décision de travailler pour le changement. Selon certaines participantes, on ne doit pas permettre au féminisme de devenir un système aussi oppressif que celui que les femmes essaient actuellement de changer. Les féministes ont la responsabilité d'adopter une approche plus humaine.

Plusieurs plans d'action concrets sont proposés : par exemple, les femmes doivent faire connaître le travail qu'elles accomplissent dans l'ombre et exiger une plus grande collaboration. Les responsables des programmes d'aide aux employés doivent également se montrer plus sensibles au double rôle des femmes et aux stress particuliers qui marquent leur vie. Pour certains membres du groupe, la grève pourrait même être un moyen d'attirer l'attention sur les trop grandes responsabilités qui incombent à bien des femmes. Celles-ci ont besoin de l'appui de leurs consœurs; malheureusement, certaines des femmes qui subissent beaucoup de stress sont difficiles à atteindre, surtout celles qui sont au foyer ou qui travaillent dans des entreprises où les employés ne sont pas syndiqués. Il est plus facile pour les femmes moins isolées physiquement et socialement de faire valoir leurs droits et de prendre des risques.

Bon nombre des femmes qui ont assisté à cet atelier se sont dites soulagées de pouvoir se faire entendre dans un milieu où elles se sentent appuyées et comprises. Bien que les thèmes développés au cours de l'atelier soient des thèmes familiers (par exemple, prendre soin de soi n'est pas de l'égoïsme, mais plutôt un signe qu'on est responsable de sa personne), le fait de les entendre ainsi répéter et réaffirmer a permis à ces femmes de se sentir approuvées et plus fortes.

Plan d'action : un modèle pour promouvoir des programmes

Animatrice

Doreen Davison est conseillère en perfectionnement du personnel; elle travaille pour le gouvernement de l'Alberta, dans le domaine du perfectionnement des cadres. Elle a été conseillère en éducation communautaire auprès de l'*Alberta Alcoholism and Drug Abuse Commission*, dans le cadre d'un programme d'action positive; elle a également fait de la formation pour le programme «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs».

Parmi les femmes qui assistent à cet atelier, un bon nombre travaillent au sein de programmes communautaires, souvent comme responsables de la planification. Leurs projets sont très variés et comprennent des programmes de sensibilisation aux risques associés à l'exposition passive ou involontaire à la fumée dans les hôpitaux, la planification de semaines de sensibilisation aux drogues, l'établissement de programmes de prévention dans les écoles primaires, l'organisation de séances de sensibilisation et d'éducation pour les enfants (d'âge adulte) de parents alcooliques dans les communautés autochtones du Nord et la création de réseaux de groupes de soutien pour les femmes victimes de violence conjugale. Dans la plupart des cas, les participantes sont à la recherche de nouveaux outils et de nouvelles compétences susceptibles de les aider à planifier plus efficacement leurs programmes.

Doreen Davison présente tout d'abord les principaux éléments du modèle d'établissement de plans d'action. Premièrement, elle décrit les intervenants : le *groupe d'amorçage* (les personnes qui sont d'avis «qu'il faut faire quelque chose»); les «facilitateurs» (les personnes ou groupes clés qui «donnent le feu vert» à l'idée ou «approuvent le projet»); et le *groupe de diffusion*, qui présente le programme au public. Puis elle expose les différentes étapes du processus d'action sociale.

Selon ce modèle, la première tâche consiste à amener les gens à *assumer* le problème ainsi qu'à définir le besoin et à reconnaître qu'il est *leur*. Cela peut être fait à l'aide de diverses techniques, notamment l'éducation de base, les groupes de discussion, les enquêtes ou les questionnaires, les comités d'établissement de programmes et même l'exploitation d'une crise communautaire. L'étape suivante consiste à amener les personnes sensibilisées au problème à s'engager et à agir. Puis viennent l'établissement des objectifs, le choix des moyens qui permettront de les atteindre et la préparation d'un plan de travail (calendriers, personnel requis, salles de réunion, appareils de visualisation, besoins en matière de publicité, etc.) Une fois le plan de travail établi, on passe à la mobilisation et à l'organisation des ressources (trouver le temps, les gens, les ressources, les installations matérielles, etc.). Enfin, le programme doit être lancé (séances d'information, bulletins, conférences, annonce de la création de comités, etc.) et mis en oeuvre. Chaque étape doit être suivie d'une évaluation : Qu'avons-nous réalisé? Quel est notre prochain objectif? Quelles sont les autres méthodes qui pourraient nous permettre d'atteindre notre objectif? Enfin, on évalue l'ensemble du programme : L'objectif a-t-il été atteint? Les méthodes employées étaient-elles les meilleures? Avons-nous bien utilisé nos ressources? Pourquoi avons-nous réussi ici ou échoué là? Procéderions-nous différemment si nous avions à recommencer? Qu'avons-nous appris qui serait susceptible de nous être utile pour un autre programme? Où allons-nous maintenant?

Après une discussion générale, les participantes travaillent en petits groupes; elles essaient d'appliquer le modèle d'établissement de plans d'action qui vient de leur être proposé aux situations qu'elles doivent vivre dans leur propre milieu de travail. Ces rencontres en groupes permettent aux participantes de communiquer leurs idées aux autres, et bon nombre d'entre elles peuvent constater qu'elles ont beaucoup en commun.

De manière générale, les participantes ont semblé apprécier la clarté et l'adaptabilité du modèle, ainsi que l'approche méthodique qu'il propose. À leur avis, il offre des lignes directrices pratiques pour l'étape de la planification, ainsi qu'un cadre conçu pour susciter des idées et trouver les personnes clés et les principaux facteurs que les planificateurs de programmes doivent prendre en considération. Grâce au travail en petits groupes, les participantes ont pu essayer de mettre en pratique divers aspects du modèle et réfléchir à son utilité dans des situations de la vie quotidienne. Cet exercice d'application du modèle leur a permis d'apprendre à s'en servir comme outil. Ensuite, au cours d'une séance de récapitulation (Qu'avez-vous appris?), les personnes présentes ont échangé des renseignements utiles au sujet de leurs programmes communautaires respectifs.

Decision Drinking©: une méthode pratique de prévention de l'alcoolisme

Animatrice

Frances Jasiura est travailleuse sociale; elle fait actuellement du counseling et de la consultation dans le domaine de l'alcoolisme. Elle travaille en cabinet privé à Kelowna (C.-B.). Son travail est surtout axé sur les premiers stades de l'alcoolisme; elle a acquis une très grande expérience en toxicomanie dans des services de consultation externe, des centres de traitement pour hospitalisés et des centres de désintoxication et de formation.

Cet atelier avait pour but de faire connaître aux participantes un programme de counseling privé appelé *Decision*

Drinking[1], dont les objectifs visés et les résultats escomptés concernent l'éducation, la prévention et le traitement.

En premier lieu, Frances explique la notion d'une évolution dans l'usage de l'alcool, à partir de l'abstinence jusqu'à la dépendance physique, en passant par les premiers stades de l'alcoolisme (dépendance psychologique); pour chacune des étapes de ce continuum, elle définit des mesures de prévention. Elle décrit les premiers signes de l'alcoolisme et parle des situations qui présentent le plus grand risque de rechute, pour toutes les formes de toxicomanie. Puis elle présente un résumé des résultats de 24 études sur la modération et définit les éléments essentiels au succès du sevrage. Enfin, elle explique les principaux éléments du modèle *Decision Drinking*[1].

Decision Drinking[1] comprend généralement de cinq à sept séances hebdomadaires de counseling de groupe conçues pour réduire la consommation d'alcool à un niveau modéré, qui ne constitue plus un danger pour la santé et ne perturbe plus la vie du sujet. Dans certains cas, l'abstinence est la seule solution possible. On procède tout d'abord à une évaluation pour déterminer l'ampleur et le but de la consommation d'alcool ainsi que les habitudes de consommation du sujet, recueillir de l'information factuelle au sujet de la dépendance de la personne face à l'alcool ou aux drogues et, enfin, établir un plan d'action précis. Suivent alors cinq à sept séances d'apprentissage de la modération au cours desquelles le sujet «*apprend à boire*». Il fait également l'apprentissage de certaines techniques pour acquérir, notamment, la capacité de communiquer, de maîtriser ses désirs, de se détendre, de résoudre ses problèmes et de limiter les conflits; ces techniques sont adaptées à chaque sujet. Enfin, pour prévenir les rechutes, des plans spéciaux sont établis pour faire face aux situations qui présentent des risques particulièrement élevés. Des séances de suivi ont lieu après 3, 6 et 12 mois, afin de surveiller les progrès, régler les nouveaux problèmes et prévenir les rechutes.

Le groupe de participantes à cet atelier comprend des professionnelles qui travaillent directement auprès des alcooliques et sont à la recherche de nouvelles stratégies de counseling, ainsi que des gestionnaires de programmes désireuses d'obtenir de l'information sur le counseling privé. Au cours de la discussion, on aborde et on clarifie différentes questions, notamment l'établissement de plans de traitement différents selon les cas (Dans quels cas recommander la modération? dans quels cas recommander l'abstinence? les Alcooliques Anonymes ou *Decision Drinking*[1]?), les aspects de la pratique privée (rémunération à l'acte, commercialisation, rapport coût/efficacité, responsabilité, etc.) ainsi que l'adaptabilité du modèle à tous les types de toxicomanie.

Selon certaines participantes, ce genre de programme peut être plus facile à promouvoir et beaucoup plus acceptable aux yeux du public qu'un programme parrainé par le gouvernement. D'autres avaient du mal à accepter qu'on ait recours à une approche axée sur l'entreprise privée pour prévenir et traiter les problèmes liés à la consommation d'alcool. En général, cependant, l'auditoire a beaucoup aimé l'aspect concret de ce modèle de prévention qui vise essentiellement à diagnostiquer l'alcoolisme dès ses premiers stades et à donner au sujet concerné le pouvoir de prendre une décision claire qui, combinée à des stratégies de modération qui ont fait leurs preuves, peut lui permettre d'atteindre la modération ou l'abstinence en six mois.

Mettre nos connaissances en commun : un moyen de prévention

Animatrices

Frances Ennis a été coordonnatrice du projet *Women's Health Education* de Terre-Neuve. Elle a une expérience diversifiée dans le domaine de l'action communautaire et a suivi des cours de formation sur la mise en oeuvre d'initiatives communautaires.

Bev Hicks est spécialiste de l'éducation sanitaire; elle travaille pour le ministère de la Santé du Manitoba, à Brandon. Elle a une grande expérience dans le domaine des toxicomanies, surtout en milieu rural.

Au lieu d'adopter la formule exposé-discussion, les responsables ont structuré cet atelier de manière à ce que les participantes y jouent un rôle actif dès le début, donnant ainsi un bon exemple de la façon dont les principes d'organisation féministes peuvent être mis en pratique. La première partie de chaque séance est consacrée à essayer de cerner certaines questions et certains facteurs qui favorisent la toxicomanie chez les femmes; au cours de la seconde partie, les participantes essaient d'élaborer des stratégies de prévention en vue de trouver des solutions à ces problèmes.

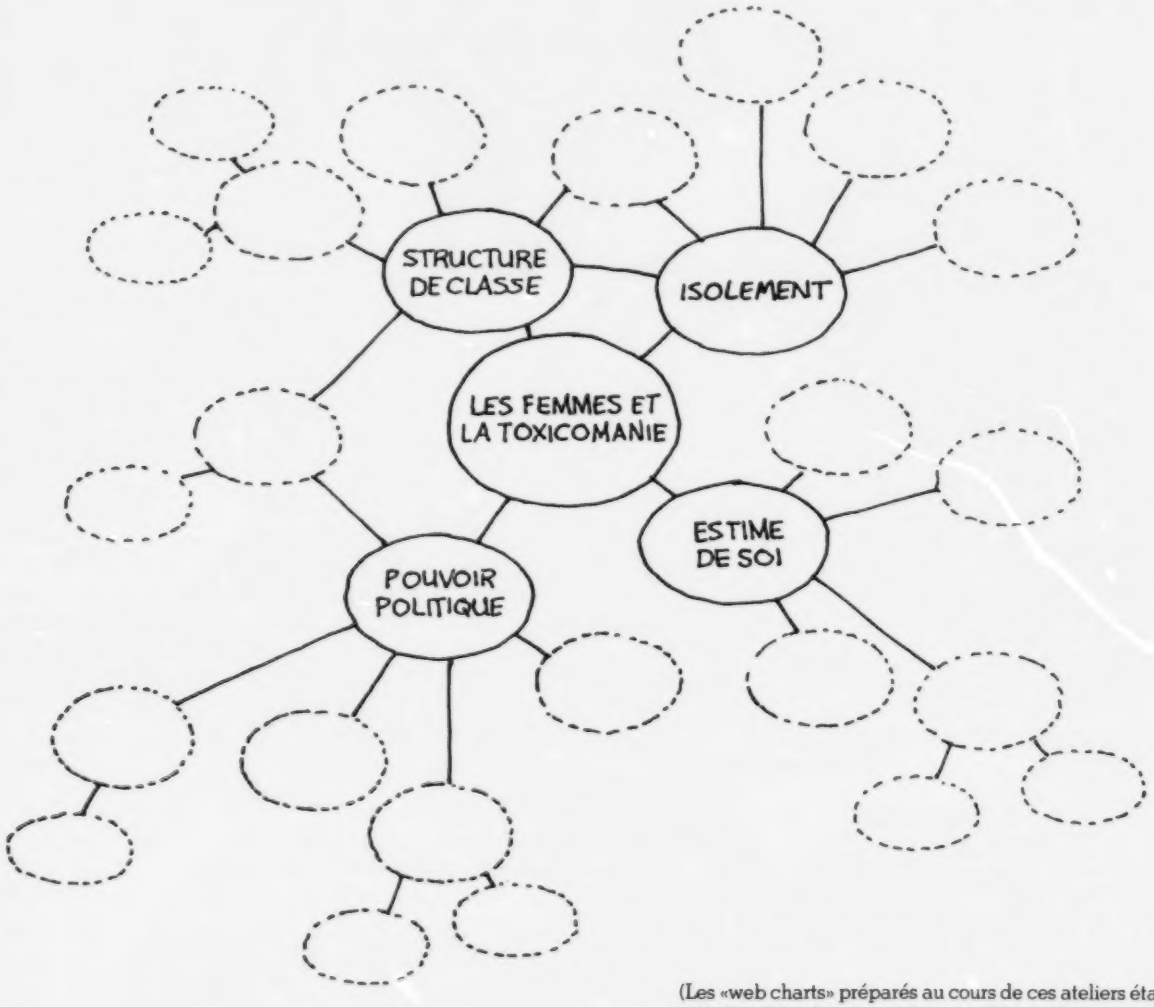
Afin d'encourager les femmes à participer activement à la discussion, Frances Ennis prépare, avec elles, un graphique illustrant les divers groupes de facteurs (et les rapports qui les unissent) qui amènent les femmes à faire un usage abusif de l'alcool et des drogues. Ce graphique, qui a été utilisé comme outil de base dans le cadre du projet *Women's Health Education* de Terre-Neuve, s'est révélé un moyen efficace d'amener les gens à participer, ainsi qu'une méthode facile de consigner les discussions.

Au cours de la séance de la matinée, les participantes consacrent presque tout leur temps à la préparation du graphique (*web chart*). Bev Hicks leur présente également un second modèle, le «web chart de la santé publique», et leur demande de répartir par catégories, sous une série de rubriques proposées dans le «web chart» (comportement

individuel, milieu psycho-social, milieu physique, environnement, etc.), les facteurs qui prédisposent à la toxicomanie qu'elles avaient elles-mêmes énumérés. Les participantes ont éprouvé quelques difficultés à établir des rapports entre les deux différents modèles de prévention. Pour cette raison, et aussi du fait qu'on a dû consacrer plus de temps que prévu à l'énumération des facteurs qui favorisent la toxicomanie, il est resté peu de temps pour trouver des solutions.

On a donc modifié l'atelier de l'après-midi de manière à laisser aux femmes présentes le temps d'élaborer des stratégies de prévention. Au cours de cette seconde séance, il n'est pas question du «web chart». Sous la direction de Bev Hicks, les participantes se divisent en petits groupes et travaillent à l'élaboration de stratégies propres à répondre à chacune des quatre questions clés mises en évidence durant la première partie de l'atelier, à savoir l'isolement, l'estime de soi, la structure de classe et la question du pouvoir politique.

Afin de lutter contre les problèmes causés par l'isolement, les participantes recommandent la création de groupes d'entraide et de groupes de sensibilisation, un meilleur accès aux ressources et l'établissement de réseaux d'information. Pour lutter contre les problèmes associés à la structure de classe, elles recommandent que les jeunes



(Les «web charts» préparés au cours de ces ateliers étaient très détaillés; il nous a été impossible malheureusement, de les inclure dans ce document. Cependant on peut en obtenir des copies en s'adressant à la Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada.)

soient exposés à des groupes différents, qu'on valorise la diversité (religion, race, sexe, classe, langue, âge) et qu'on ait recours à l'action positive. Plusieurs stratégies sont proposées en vue d'amener les femmes à avoir une meilleure opinion d'elles-mêmes; parmi ces stratégies on compte l'éducation, la consultation avec les décideurs et la participation des femmes au processus décisionnel. Les stratégies susceptibles d'être efficaces sur le plan politique comprennent la sensibilisation du public, l'établissement de réseaux d'information, des mesures visant à démystifier les professions de la santé, la démédicalisation des problèmes sociaux et une nouvelle répartition des ressources financières.

Le groupe participant à cet atelier comprenait des conseillères et autres personnes qui oeuvrent dans divers organismes de services pour les femmes, un peu partout au pays. De manière générale, ces femmes ont trouvé que le graphique était un excellent moyen de susciter le dialogue et d'aborder les questions essentielles; à leur avis, il peut être facilement utilisé pour amener des groupes de femmes à cerner les problèmes et à les assumer, dans le cadre de séances d'éducation sur la santé des femmes. Dans l'ensemble cependant, il a été plus difficile de trouver des solutions à ces problèmes. Cela est probablement dû, en partie, au fait que les femmes ne s'identifient pas beaucoup, en général, aux pouvoirs politiques capables d'influer sur les programmes de prévention, d'éducation et de traitement qui jouent un rôle dans leur vie.

Les groupes d'entraide : des femmes au secours des autres femmes

Animatrices

Nancy Poole a une longue expérience dans le domaine des toxicomanies; elle a travaillé avec les groupes *Women for Sobriety* de Toronto et a participé au premier dossier documentaire sur les femmes et les toxicomanies ainsi qu'au programme «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs». Elle travaille actuellement au programme pour les femmes du Secrétariat d'État en Saskatchewan, et fait partie d'un groupe de «sensibilisation au subconscient».

Beth Traynor est diplômée en économie domestique et a aussi fait de l'enseignement. À l'heure actuelle, elle dirige sa propre entreprise de traiteur. Elle a travaillé avec divers groupements et organismes féminins; elle connaît très bien le programme «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs», qu'elle a surtout utilisé auprès des femmes des régions rurales; elle est actuellement membre d'un groupe d'entraide.

L'entraide entre les femmes peut constituer une façon efficace d'atteindre à l'indépendance. Lorsqu'elles travaillent en collaboration avec les autres membres d'un groupe où elles se sentent acceptées, les femmes peuvent compter sur un milieu sûr où elles peuvent explorer et exprimer leurs sentiments, comprendre les répercussions qu'ont, sur leur vie, les normes et les attentes de la société et commencer à prendre leur vie en main. Ce sont là quelques-unes des raisons pour lesquelles le concept de l'entraide a été largement utilisé comme moyen de régler bon nombre des problèmes qui affligent les femmes, notamment l'alcoolisme et les toxicomanies.

Au cours de leur exposé, Nancy et Beth passent en revue le développement des groupes d'entraide au sein du mouvement féministe. Elles insistent surtout sur le rôle de l'entraide dans le domaine des toxicomanies et en soulignent les avantages et les limites. (Parmi les limites mises en évidence, il y a le danger de perdre de vue l'objectif visé, en raison du manque de leadership ou, au contraire, à cause d'un excès de leadership, le danger que des clans ne se forment, la «stagnation» et l'incapacité de régler les conflits et les affrontements. Les participantes qui travaillent auprès des femmes des milieux ruraux et des communautés du Nord mentionnent également les barrières que représentent les grandes distances et la difficulté d'aider un petit nombre de femmes à se rencontrer régulièrement.)

Les participantes à cet atelier travaillent dans divers milieux, notamment dans des organismes de lutte contre les toxicomanies, des agences de services sociaux et des programmes gouvernementaux; bon nombre d'entre elles ont fait partie de groupes d'entraide, à titre personnel. Les membres du groupe consacrent un certain temps à échanger des opinions et à mettre leurs expériences en commun, avant de chercher et de définir des moyens pour appuyer davantage, renforcer et améliorer le concept de l'entraide.

Les animatrices mentionnent trois groupes/organismes susceptibles de jouer un rôle dans le renforcement du concept de l'entraide, en tant que moyen de venir en aide aux femmes alcooliques ou toxicomanes. À leur avis, les *féministes* pourraient prendre une part plus active dans la reconnaissance du concept de l'entraide; elles pourraient faire preuve d'une plus grande créativité en préparant de la documentation, en agissant comme animatrices de groupes et comme catalyseurs, et en travaillant avec les personnes qui dispensent des services aux alcooliques. Deuxièmement, on a besoin de *centres d'information* (une fonction du gouvernement, peut-être) pour compiler et publier des répertoires de groupes d'entraide, préparer de la documentation, effectuer des recherches, recueillir des données, parrainer des événements, lors de foires par exemple, et, de manière générale, aider les femmes à communiquer entre elles à l'aide de la technologie moderne, s'il y a lieu. Les participantes des régions éloignées sont particulièrement intéressées à voir les centres d'information jouer ce genre de rôle. Toutes conviennent également que les centres d'information doivent aussi contribuer à convaincre les professionnels de la santé de

l'efficacité de l'entraide dans le traitement des problèmes des femmes. (L'expérience, jusqu'à ce jour, démontre que les professionnels dirigent rarement les patientes vers des groupes d'entraide et que, lorsqu'ils le font, il s'agit bien souvent pour eux d'une façon de se débarrasser de cas difficiles.) Troisièmement, *les personnes qui oeuvrent dans le domaine de l'alcoolisme* peuvent contribuer à renforcer le concept de l'entraide en se montrant plus sensibles, dans les séances de groupes, aux besoins particuliers des femmes en matière de traitement, en dirigeant les femmes vers les groupes d'entraide une fois le traitement terminé, en s'ouvrant davantage à tous les problèmes que connaissent les femmes alcooliques, en travaillant en collaboration avec le mouvement féministe et en fournissant des salles de réunion aux groupes d'entraide.

En résumé, cet atelier a renouvelé et confirmé l'engagement à l'égard de l'entraide comme méthode de soutien conforme aux principes féministes. À la manière des groupes d'entraide, il s'est déroulé dans la participation générale, renforçant ainsi la notion selon laquelle «les femmes en savent beaucoup et ont beaucoup à offrir aux autres».

L'estime de soi : croire en soi

Animatrice

Margie Halina, qui a fait de la formation pour le programme «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs», occupe le poste de conseillère principale à la *Calder Outpatient Clinic* de Saskatoon (Saskatchewan). Elle enseigne également à l'école de service social de Regina.

Margie aborde cet atelier en définissant l'estime de soi («la réputation que nous avons à nos propres yeux») et en examinant ses origines et son développement. Elle définit certains des éléments ou facteurs qui favorisent l'estime de soi, notamment le sens qu'a une personne de sa propre importance, de sa compétence ou de sa capacité de réussir, de son individualité face aux autres et de sa capacité d'entrer en relation avec eux, ainsi que son réalisme face à elle-même et face au monde qui l'entoure, et son adhésion à une éthique et à des valeurs cohérentes. Le niveau d'estime de soi est la mesure suivant laquelle une personne aime et accepte, ou désapprouve l'image qu'elle se fait d'elle-même. Margie souligne également l'influence positive et négative de certains événements et certaines expériences de la vie sur le développement de l'estime de soi (par exemple, le rapport qui existe entre l'amour inconditionnel qu'a reçu une personne pendant son enfance et le sens qu'aura cette personne de sa propre importance plus tard dans la vie). Elle souligne combien il est important d'entretenir des attentes réalistes à son propre endroit et à l'endroit des autres, d'être aussi responsable de soi que des autres, de ne pas «acheter» sa place dans une relation («Je vais te faire plaisir si tu t'occupes de moi»), d'être capable de s'attribuer des mérites et de faire approuver ses propres sentiments par les autres. Elle réaffirme également l'importance des principes d'affirmation de soi.

Une piètre estime de soi est l'un des facteurs environnementaux propres à déclencher la chimiodépendance. Voilà pourquoi l'un des principaux outils pour lutter contre l'alcoolisme et les toxicomanies, et aider les femmes à ne pas faire de rechute une fois le sevrage réussi, consiste à les amener à avoir une plus grande estime d'elles-mêmes. Bon nombre de participantes à cet atelier de travail oeuvrent auprès de femmes qui ont une piètre estime d'elles-mêmes; elles viennent y chercher des suggestions et des techniques susceptibles de les aider dans leur travail. On discute de différentes idées, notamment la nécessité de s'accepter soi-même et de se trouver «bien» ainsi que la nécessité d'amener les clientes à éprouver ce même sentiment à leur propre endroit, l'importance de montrer aux clientes qu'elles peuvent elles aussi grandir et en venir à s'accepter, et enfin la nécessité de prendre conscience de cette croissance en retournant de temps à autre au centre pour participer à des séances de groupe. Les participantes conviennent que les personnes responsables de la prestation des services ne devraient jamais se poser en «expertes». Elles devraient, au contraire, être prêtes à se servir de l'outil que constitue l'auto-divulgation au cours de leur travail. Elles doivent avant tout être accueillantes et authentiques et reconnaître honnêtement leurs propres limites devant leurs clientes.

Le groupe soulève certains points de vue nouveaux et intéressants au sujet du problème. Une femme souligne combien il est important d'être convaincue de sa capacité d'être autonome (croire qu'on peut compter sur soi-même), tandis qu'une autre parle de l'importance d'être heureuse dans ses activités quotidiennes et qu'une troisième souligne les liens étroits qui existent entre l'estime de soi et la confiance. Selon l'une des participantes, l'apprentissage précoce de la dépendance, surtout chez les filles, risque d'entraîner une vulnérabilité face à la chimiodépendance. On échange des idées au sujet du travail auprès de femmes qui ont très peu d'estime d'elles-mêmes et auprès de groupes «spéciaux», comme les autochtones, les homosexuels et les femmes âgées. Tout au long des échanges, on souligne l'importance de mettre les expériences en commun.

Cet atelier de travail (surtout la séance de l'après-midi qui était moins structurée) a fourni aux participantes une occasion stimulante d'explorer le rapport entre une piètre estime de soi et la chimiodépendance et de chercher des façons d'améliorer cette estime de soi chez leurs clientes, chez elles-mêmes et chez les femmes en général.

À la suite de cet atelier, un certain nombre de participantes se sont réunies à nouveau en soirée pour une séance sur la conscience de soi.

Facteurs reliés à la sexualité

Animatrice

Sylvie Gagnon est travailleuse sociale au Pavillon André Boudreau de Saint-Jérôme, Québec. Son travail, en externe, consiste à évaluer les demandes d'aide et à prendre en charge le traitement. Sylvie Gagnon est aussi chargée de cours au Certificat en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, pour le cours «Intervention auprès des femmes toxicomanes».

Quels liens pouvons-nous faire entre la notion d'identité sexuelle, d'orientation sexuelle et celle du développement d'une toxicomanie ou de son maintien? Y a-t-il un lien à faire avec la surconsommation et un moyen d'intégrer le sujet globalement aux échanges sur la santé? Quelles seraient les pistes de prévention? Autant de points d'interrogation autant de voies à explorer. Le vécu sexuel des femmes, et en particulier celui des femmes toxicomanes, peu étudié, mérite une attention plus grande.

Sylvie Gagnon, dans son court exposé, a fait la revue de la littérature existante sur le sujet et a présenté une critique personnelle sur le thème de l'identité sexuelle par rapport à la toxicomanie. Elle a abordé l'homosexualité et a démontré l'incidence importante d'abus sexuels tels le viol et l'inceste sur le comportement des femmes. En effet, certaines données permettent d'établir un lien entre les abus sexuels et un taux élevé d'insatisfaction sexuelle ou des problèmes d'ordre gynécologique, d'où la recherche d'un refuge dans la toxicomanie. Sylvie Gagnon a également traité des effets physiologiques des toxiques sur la sexualité.

Pendant la discussion qui a suivi l'exposé, les participantes ont pu exprimer leur opinion et suggérer des points de vue nouveaux. La communication a été facilitée par le fait que chacune des participantes, au début de l'atelier, s'était présentée et avait exprimé ses attentes face à cet atelier. C'est donc dans un climat de confiance et avec aisance que toutes ont pu partager leur expérience de travail, leurs résultats et leurs vues sur les solutions de prévention à envisager. Sylvie Gagnon a donné comme points de départ à la discussion des notions d'information sur le syndrome d'alcoolisme foetal; l'intégration de la sexualité aux thèmes de discussion de groupes de femmes; l'alcool comme moyen d'actualiser des pratiques sexuelles; et les façons de vivre une nouvelle sexualité sans surconsommation de drogue et d'alcool.

Pour leur part, les participants ont fait ressortir le besoin pressant de trouver de nouvelles possibilités de vivre la sexualité en dehors du contexte de la consommation. Elles ont également exprimé la nécessité d'avoir accès à de l'information actuelle et mieux adaptée aux diverses difficultés auxquelles font face les femmes en ce qui a trait aux rôles sexuels, aux stéréotypes et à leur sexualité. Une des participantes a parlé des difficultés d'adaptation directement reliées au vécu sexuel des jeunes ayant déjà consommé des drogues de rue.

L'atelier s'est donc avéré une expérience enrichissante et motivante pour chacune. Il s'en est dégagé une prise de conscience sur la nécessité d'une intervention de groupes de femmes pour favoriser un meilleur appui, une solidarité accrue, une déculpabilisation justifiée et permettre ainsi une vision plus élargie de la sexualité.

Les femmes et la colère : la reconnaissance et l'expression

Animatrice

Helen Levine est féministe, écrivaine, conférencière et activiste communautaire; elle enseigne à l'école de service social de l'Université Carleton d'Ottawa.

Cinquante pour cent de l'éventail des émotions est interdit aux femmes : elles n'ont droit ni à la colère, ni à la haine, ni à l'irritation, ni à la rage. Bien que cette contrainte se fasse sentir au niveau individuel (surtout pour ce qui est de refréner leur colère), il ne s'agit pas d'un problème personnel; c'est une question d'ordre politique. Le privé est politique. Voilà en résumé le message à tirer de l'atelier de travail sur les femmes et la colère.

Helen Levine parle tout d'abord de sa propre expérience, de ses opinions, et de ses préjugés (l'après-midi, un film est présenté). À son avis, les femmes doivent, dans leur vécu, aller au fond de leur colère, lui donner un caractère, l'assumer et refuser toute prescription qui ne va pas à la source du problème. Le fait de récupérer leur colère, dit-elle, peut donner aux femmes plus de force, de dynamisme et d'énergie et devenir un outil efficace de prévention contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Avant tout, il importe que les femmes apprennent à reconnaître leur colère comme un sentiment positif, une force motivante dans leur vie.

Les femmes qui assistent à cet atelier y vivent une expérience de participation intense et provocante. Réparties par paires, elles font connaître à leur partenaire la façon dont elles expriment leur colère, les différentes formes que prend celle-ci et comment elles y font face (ou l'évitent). De manière générale, les femmes présentes se disent heureuses d'avoir le temps et la permission d'explorer, dans le respect, la richesse des opinions, des expériences et des différences de chacune, ainsi qu'un certain nombre de questions plus vastes associées aux femmes et à la colère. Elles apportent de nombreux éléments nouveaux à la question. Elles parlent de la permission qu'il leur faut obtenir pour pouvoir exprimer leur colère, de la peur que leur inspirent leur propre colère et celle des autres, de l'absence de colère et de ce que cela veut dire et, enfin,

du besoin qu'elles ont de faire approuver leur colère. Toutes reconnaissent combien il est important de mettre les problèmes et les solutions en commun dans les groupes d'entraide, comme elles le font dans le cadre de l'atelier; elles constatent également que les femmes ont fort raison d'être en colère, mais qu'elles ont appris soit à ne pas l'exprimer, soit à prendre des médicaments pour l'étouffer.

Les participantes parlent également de la double impasse dans laquelle se trouvent les femmes des minorités (autochtones, femmes âgées) lorsqu'elles essaient de faire face à leur colère, ainsi que de la colère que certaines femmes ressentent à l'égard de leur mère. Selon Helen Levine, en sanctifiant presque la maternité, la société a suscité, chez bien des femmes, des attentes tout à fait irréalistes à l'endroit de leur mère et les a amenées à blâmer celle-ci de façon inappropriée. (Plus tard, dans la soirée, cet atelier a donné lieu à une rencontre au cours de laquelle des femmes ont discuté des rapports mère-fille).

Selon les participantes, cet atelier, qui a provoqué chez elles de fortes émotions, a fait l'effet d'une prise de conscience des souvenirs refoulés. L'une d'entre elles a avoué y avoir vécu une expérience extrêmement «puissante».

La femme et les doubles tâches

Animatrice

Francine Dufort est psychologue et chargée de recherche au Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale de l'Université du Québec à Montréal. Elle coordonne une enquête qui vise à déterminer les répercussions que peut avoir sur la santé des femmes le fait de poursuivre deux activités à la fois, l'une sur le marché du travail et l'autre sur la scène domestique.

Les participantes — elles étaient quinze — avaient chacune un intérêt professionnel et personnel pour le thème de cet atelier. Pour deux d'entre elles, il ne s'agissait cependant pas d'un premier choix, mais elles s'intéressaient aux implications du problème.

Quant au thème de l'atelier, Francine Dufort en a simplement défini les grandes lignes qu'elle illustra de quelques projections et l'on pouvait obtenir le texte intégral de son exposé sur demande. L'accent fut mis sur la discussion et la participation fut générale et très animée.

Les problèmes qui se posent aux mères de famille qui sont actives sur le marché du travail sont multiples. Il y eut des échanges sur ce qui se faisait dans les différentes régions pour y remédier. Les difficultés découlent avant tout d'une surcharge de tâches. Cela est premièrement imputable aux structures trop rigides du marché du travail. Les horaires manquent de souplesse et il n'y a pas assez de services de soutien. La situation varie aussi selon la configuration de la famille, l'âge et le nombre des enfants et selon que la mère est chef de famille ou non. Il va de soi que son statut économique est un facteur déterminant. De plus, l'on sous-estime généralement le fardeau que constitue le travail domestique. Bref, les conditions de travail actuelles ne correspondent plus à la réalité socio-culturelle et tardent à s'y adapter. Il importe qu'il s'opère un changement, que la société modifie ses attentes et ses critères en fonction de cette nouvelle réalité car la santé physique et mentale des femmes est en jeu. En effet, la mère de famille qui travaille non seulement ne retire pas toujours les avantages qu'elle avait escomptés de sa situation de travail mais elle continue largement à rencontrer seule ses obligations domestiques. Stressée, surmenée, elle manque de soutien, que ce soit de la part de sa famille ou de l'État. Il en résulte inévitablement des conflits.

Le travail rémunéré ne peut plus être dissocié des responsabilités familiales et les changements s'imposent à tous les niveaux : attitudes, milieu de travail, relations personnelles. Il s'agit d'abolir la sexualisation des rôles et d'accepter et faire accepter la polyvalence et la diversité. Mais comment y parvenir? La discussion porta sur la recherche de stratégies à cet effet, tels les ateliers sur le partage des responsabilités, et on a fait remarquer qu'on devrait plus souvent recourir à l'humour pour accélérer l'éducation de son entourage et réduire les tensions! Les participantes étaient très intéressées par les initiatives éducatives, notamment auprès de la jeunesse. La redéfinition des rôles peut avoir un impact important sur les enfants, mais plutôt que de leur imposer leur vision, les femmes devraient travailler à leur épanouissement. Ce serait là le meilleur message à transmettre à la prochaine génération.

L'intervention féministe et son action préventive, éducative en toxicomanie

Animatrice

Simone Bluteau, diplômée en service social, est intervenante en toxicomanie au Centre Domrémy, Trois-Rivières, travaillant principalement dans les secteurs d'accueil, d'évaluation et d'orientation. Antérieurement, elle a travaillé pour le Centre de services sociaux (CSS) de Trois-Rivières ainsi que pour le CSS Côte-Nord à Baie-Comeau et Sept-Îles.

Jusqu'à récemment, à l'exception de quelques écrits parus avant 1976, la plupart des études sur l'alcoolisme ont porté sur des sujets masculins. L'emprise exercée par la stigmatisation sociale sur la femme alcoolique et l'attitude des intervenants sociaux ont contribué, possiblement, à

garder ce problème sous silence. L'étude du phénomène de surconsommation d'alcool chez les femmes, auquel s'est ajouté le problème de l'abus de médicaments, est donc relativement jeune.

Tout au long de l'atelier, Simone Bluteau a traité de la problématique sociale des femmes toxicomanes, des paramètres de l'intervention féministe et des obstacles et apports de l'intervention féministe en toxicomanie. Son exposé, qui par la suite a servi à alimenter une discussion, fut suivi d'un échange d'informations et d'une évaluation. Pour étayer ses vues et permettre aux participantes d'approfondir le sujet, Simone Bluteau a distribué deux articles : «La toxicomanie chez les femmes» et «Analyse comparative des coûts et bénéfices des valeurs traditionnelles et féministes». On pouvait notamment trouver dans le premier une description de l'unité de traitement réservée aux femmes du Centre Domrémy, Trois-Rivières et une explication de ses objectifs d'intervention. Les participantes ont également reçu une courte bibliographie sur la toxicomanie chez les femmes et une brochure décrivant les activités du Centre Domrémy, Trois-Rivières.

Les participantes (membres d'associations telles que l'AFEAS* et Médicaments anonymes, employées des gouvernements fédéral et provinciaux, de Centres de femmes et de réadaptation, infirmières et éducatrices dans des CLSC**), venues pour recevoir de l'information, échanger, se ressourcer et voir ce qui se fait ailleurs, ont manifesté un vif intérêt pour l'atelier. Cet intérêt s'est traduit par des questions pertinentes sur l'exposé, une participation active au cours de l'échange, et une évaluation positive de l'atelier. Des éléments de discussion nouveaux ont été soulevés, entre autres, le respect des besoins et du rythme des femmes et l'attitude à prendre par rapport à l'environnement des femmes et à leurs choix.

À l'issue de cet atelier, trois points sont apparus comme solution à proposer : la mise en application d'un modèle d'intervention féministe auprès des femmes toxicomanes; le respect des besoins des femmes et la mise sur pied de programmes d'activités (par exemple, sports, relaxation, loisirs, groupes de femmes); et finalement la mise en place de mécanismes de dépistage et de motivation, surtout dans le cas des femmes en milieu rural.

L'atelier, qui se voulait un lieu d'échange sur la toxicomanie chez les femmes, sur les possibilités et les limites de l'intervention féministe, et sur l'orientation d'une démarche en vue de la recherche du bien-être personnel et collectif, a donc atteint son but. Les thèmes suggérés auraient mérité une discussion plus approfondie mais le temps alloué ne l'a malheureusement pas permis.

* Association féminine d'éducation et d'action sociale
** Centre local de service communautaire

III

Stratégies de changement

Stratégies de changement

Sylvia Gold est présidente du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme. Depuis de nombreuses années, elle travaille activement dans les domaines de l'éducation et des droits des femmes. De 1975 à 1985, elle a dirigé les services de perfectionnement professionnel de la Fédération canadienne des enseignants, ce qui la rendait également responsable du Programme de promotion de la situation de la femme, mis sur pied par ce même organisme.

Je suis heureuse de m'adresser à des gens qui se préoccupent des causes et du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Bon nombre d'entre vous êtes des professionnelles dans ce domaine et vous devez, nul doute, vous demander par moments si vous réussirez un jour à diminuer sensiblement, ou même à refréner, l'incidence de la toxicomanie. Vous en savez certainement beaucoup plus long que moi sur les données, les prévisions, les études et les programmes, actuels et passés, dans ce secteur. Des colloques tels que celui-ci sont essentiels pour mettre en lumière un problème caché jusqu'à présent, un problème que les gens jugent difficile de résoudre seuls.

Le meilleur moyen, peut-être, d'exécuter ma tâche, est de vous donner le point de vue d'une profane, résultat de réflexions personnelles, de lectures, de rencontres avec beaucoup de femmes canadiennes, un point de vue basé sur mon expérience en tant que présidente du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme (CCCSF). J'espère terminer sur une note plus optimiste en définissant avec vous des perspectives intéressantes de changement, dont certaines ont déjà été mentionnées au cours du Colloque.

Le Conseil et ses réalisations

Permettez-moi de dire un mot concernant le CCCSF. Le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme a été créé il y a environ douze ans, par suite de la recommandation numéro 166 (sur 167), faite par la Commission royale d'enquête sur la Situation de la femme. Notre financement est assuré par le gouvernement fédéral qui nomme tous les membres du Conseil. Ce dernier comprend trois membres à plein temps : une présidente (moi-même); une vice-présidente de la région de l'Ouest, Pat Cooper, qui travaille à Calgary et, enfin, une vice-présidente de la région de l'Est, Marie-Hélène Boyle, qui travaille à Montréal. Les vingt-sept autres membres du Conseil ont été choisis pour représenter les deux langues officielles de même que les diverses régions et les différents intérêts des Canadiennes.

Nous disposons d'une équipe de quarante personnes environ. Notre mandat comprend trois volets : nous conseillons le gouvernement fédéral sur des problèmes importants pour les femmes; nous informons le public de ces problèmes; et nous faisons de l'éducation à ce sujet. Je pense, toutefois, que le public connaît surtout les recherches et les publications du Conseil (il y en a environ trois cents à l'heure actuelle). Je sais que bon nombre d'entre vous avez utilisé ces publications, à un moment donné; nous sommes contentes de recevoir vos commentaires : ce que vous aimez, ce dont vous avez besoin et comment vous évaluez nos publications. Permettez-moi de vous parler, en particulier, de plusieurs documents, qui, selon moi, ont été très importants pour la vie des femmes au Canada et pour les débats publics dans notre pays.

Dans une publication de 1978 intitulée «La Femme indienne devant la Loi : une citoyenne mineure», on décrivait en détail la situation des femmes autochtones qui épousent des hommes non autochtones. Nous savons tous que les femmes autochtones luttent continuellement pour retrouver leur place et leur identité. Bien que le projet de loi C-31 ait permis à ces femmes de retourner dans leur bande, tout n'est pas gagné pour elles. Bien des combats s'annoncent et il reste encore bien des obstacles à franchir. Naturellement, le Conseil suit cela de très près et reste en contact avec les groupes de femmes autochtones; il échange de la correspondance, rencontre des ministres et déploie beaucoup d'efforts pour faire évoluer les choses. Tout cela est complexe, mais très important.

En 1980, la publication du Conseil intitulé «Les femmes battues au Canada : un cercle vicieux» a enfin signalé au public une situation qui existe peut-être depuis toujours. Les gouvernements fédéral et provinciaux ont commencé à étudier le problème de la violence au foyer et à envisager de financer des groupes qui seraient chargés de mettre sur pied des maisons-refuges pour ces femmes et de leur fournir d'autres services. À l'heure actuelle, nous faisons faire à contrat une étude de suivi par l'auteure de cette publication, Linda McLeod, pour déterminer l'évolution de la violence dans la famille depuis 1980; l'étude devrait être prête dans douze mois environ.

En 1985, nous avons publié un document intitulé «Quand je pense à demain», basé sur des entrevues avec des adolescentes. L'une des principales questions qu'on leur ait posée était la suivante : «Comment envisagez-vous votre vie à l'âge de trente ans?» Les résultats nous ont paru très décevants, parce que ces jeunes répondantes semblent vivre, en général, dans un monde utopique.

L'enseignement que nous, parents et éducatrices de ces adolescentes, devons tirer de cela est qu'étant donné que nous comprenons les réalités de l'âge adulte, nous devons trouver de meilleurs moyens de montrer à ces jeunes femmes l'importance des choix qu'elles font au moment de l'adolescence pour leur bien-être futur. Le combat s'annonce difficile, mais il faut l'entreprendre. Nos grands ennemis dans ce cas sont les médias, entre autres, mais j'espère que nous gagnerons la bataille.

Notre publication la plus récente s'intitule «La femme protectrice de la santé». Cette étude est importante pour bien des raisons, notamment parce qu'elle décrit concrètement la responsabilité considérable que les femmes doivent assumer, celle du bien-être de tous les membres de leur famille sur les plans physique, psychologique et social. Selon notre étude, 75 % des femmes assument cette responsabilité entièrement et totalement. Si l'on ajoute à cela toutes les autres responsabilités qu'elles doivent assumer, il est facile de comprendre que cela soit une source majeure de stress.

L'absence des femmes

Je suis de plus en plus préoccupée par le fait que la politique gouvernementale, les recherches, l'enseignement, les programmes offerts et la formation professionnelle ne tiennent pas compte des aspects particuliers de la vie des femmes, de leurs aspirations et des réalités qui les entourent. Dans les domaines importants que sont les secteurs social, économique et juridique, aucune voix de femme ne se fait entendre. Les statistiques montrent clairement à quel point les femmes sont exposées aux maladies mentales, à la toxicomanie et aux dangers physiques. Elles indiquent aussi que les décideurs ne sont jamais des femmes. Il ne faut pas être surprises, dès lors, de constater que bien des recherches concernent les affections cardiaques et cardio-vasculaires, celles du «pourvoyeur traditionnel», mais que pratiquement aucune d'entre elles ne porte sur les problèmes de santé primordiaux pour les femmes, c'est-à-dire les problèmes de bien-être mental, social et physique, notamment celui de la contraception.

Je me hâte de préciser que je n'ai rien contre la gent masculine. Certes, les recherches qui permettront d'améliorer la santé de nos pères, maris, fils et amis, sont importantes; mais *je n'ai rien non plus contre les femmes* . . . Et j'insiste lourdement sur le fait que je n'ai pas vu beaucoup d'efforts ni d'argent investis dans la recherche et le développement pour améliorer le traitement et la prévention des toxicomanies chez les femmes.

Supposons que nous ayons des données précises et des chiffres. Attention, cependant, ne considérez pas que les chiffres disent tout; il faut toujours étudier l'ensemble de la vie d'une femme avant de pouvoir comprendre sa motivation et le stress auquel elle est exposée. Je sais que les ateliers, durant ce colloque, vous ont donné cette possibilité. Vous avez peut-être constaté, comme moi, que vous façonnez vos réflexions, que vous réorganisez vos idées et même que votre façon d'évaluer les problèmes change brusquement, lorsque vous commencez à tenir compte dans votre jugement, vos décisions et vos actions, des expériences réelles. Nous devons donc insister pour qu'on prenne l'expérience des femmes en considération lorsqu'on s'occupe des soins et du traitement des femmes.

Permettez-moi de donner un exemple. J'ai visité récemment un refuge pour femmes battues; les membres du conseil d'administration de cet établissement, les pensionnaires du moment, le personnel et d'anciennes pensionnaires se sont réunies un soir pour discuter. Tandis que les anciennes résidentes racontaient leur histoire, plusieurs points communs revenaient sur le tapis : l'humiliation que les femmes plus âgées avaient ressentie pendant de nombreuses années, à la merci de leurs maris; l'importance de leur dépendance financière et le nouveau sens du terme «famille». Soumises à un harcèlement verbal, ces femmes avaient été profondément humiliées; leur conjoint avait miné leur capacité de prendre des décisions et foulé leur «moi» aux pieds. La dépendance financière voulait dire que la femme devait «se débrouiller» tandis que l'homme s'occupait de «son» compte en banque. Le refuge et ses pensionnaires étaient devenus, pour ces femmes, une «famille», au sens idéalisé qu'elles donnaient à ce terme, c'est-à-dire un symbole de chaleur, de maternage, de confort, de refuge et d'épanouissement personnel. La «famille» n'était pas leur propre cellule familiale, leur mari et leurs enfants; c'était les gens qui leur offraient leur amitié sans rien attendre en retour. Comme l'a dit Barbara Joyce, «la thérapie la plus authentique est l'amitié».

Cette expérience a changé mon optique de la famille. J'ai été particulièrement touchée par le fait que le cauchemar que ces femmes ont vécu et l'aide qu'elles ont reçue leur ont enseigné que la «famille des amis» est plus précieuse que la famille au sens traditionnel du terme (époux et enfants), qui avait dominé leur existence pendant tellement d'années. Dois-je préciser que l'alcoolisme posait un problème dans le cas d'une femme au moins sur cinq et dans celui de son mari?

Cela m'amène à autre chose : le fait que les femmes battues ne peuvent trouver de l'amitié et des liens «familiaux» que dans des refuges prouve l'écart qui existe entre les théories des services gouvernementaux et la réalité que constitue la vie des femmes. Entre ces deux extrêmes, il y a le refuge, établissement qui ne relève

pas des services réguliers, aux prises avec des difficultés financières et administré par des bénévoles. Le CCCSF et des groupes de femmes actives sur le plan social ont mis ce problème à l'ordre du jour. Dans diverses collectivités canadiennes, des femmes luttent pour que les refuges ne ferment pas leurs portes. Les données qui nous permettraient de comprendre et d'améliorer ce service sont peu nombreuses, mais nous espérons que l'étude que nous allons en faire nous aidera à progresser dans ce domaine.

Les défis et les mythes

Je suis préoccupée par un certain nombre de problèmes qui influent sur ce colloque, car ces problèmes augmentent le stress, antichambre des maladies mentales, de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

Voici ces problèmes : premièrement, l'attitude traditionnelle qui consiste à maintenir les femmes en état de développement incomplet; l'impuissance de ces femmes et leur non-participation au processus décisionnel. Susan Penfold a fait remarquer, auparavant, que bien des troubles mentaux constatés chez les femmes sont attribuables à la pauvreté, à la discrimination, au harcèlement sexuel, à l'exploitation, au système inadéquat de garde d'enfants, au fait que les femmes ont l'entière responsabilité des enfants et au fait que le travail de maison ne «se voit pas».

Deuxièmement, la célébration de la mère en tant que personne jouant un rôle prédéterminé et nettement délimité. Lors d'un séjour que j'ai fait récemment à Mexico, j'ai visité un parc célèbre où des oeuvres d'art sont exposées. J'ai été frappée par le grand nombre de portraits, photographies et peintures de femmes représentant des mères douces, maternelles et simples. Je préfère, à cet égard, la description métaphorique que donne Hélène Cixous de la mère (traduction) :

> «La mère est . . . ce qui vous touche, la Voix qui vous affecte, qui vous pousse à apprendre à parler, qui vous donne la force; le rythme rieur qui vous berce; le public intime qui rend toutes les métaphores possibles et souhaitables.»

Dans une étude publiée aux États-Unis, on peut également lire (traduction) :

> «. . . les familles trop attachées à la notion traditionnelle de famille sont d'excellents bouillons de culture pour la violence à l'égard des femmes et des enfants.»

Troisièmement, la «mythification» du corps féminin, qui colle à la femme une étiquette sans aucune nuance, celle de vierge ou de prostituée. Il existe bel et bien un continuum dans l'expérience des femmes et leur existence. La société, en refusant de reconnaître à quel point cette expérience et cette existence sont riches et variées, a soumis les femmes à un stress intolérable. Voici une deuxième et dernière citation d'Hélène Cixous :

> «. . . moi aussi je déborde, mes désirs ont inventé de nouveaux désirs, mon corps connaît des chants inouïs, moi aussi je me suis tant de fois sentie pleine à exploser de torrents lumineux, de formes beaucoup plus belles que celles qui encadrées se vendent pour toute la galette qui pue. Et moi aussi je n'ai rien dit, je n'ai rien montré, je n'ai pas ouvert la bouche, je n'ai pas repeint la moitié du monde. J'ai eu honte. J'ai eu peur et j'ai bouffé ma honte et ma peur. Je me disais : tu es folle! Qu'est-ce que c'est que ces montées, ces inondations, ces bouffées? Quelle est la femme bouillonnante et infinie qui n'a pas, immergée qu'elle était dans sa naïveté, maintenue dans l'obscurantisme et le mépris d'elle-même par la grande poigne parentale-conjugale-phallogocentrique, eu honte de sa puissance? qui ne s'est pas, surprise et horrifiée par le remue-ménage fantastique de ses pulsions (car on lui a fait croire qu'une femme bien réglée, normale, est d'un calme . . . divin) accusée d'être monstrueuse, qui, sentant s'agiter une drôle d'envie (de chanter, d'écrire, de proférer, bref de faire sortir du neuf) ne s'est pas crue malade) Or sa maladie honteuse, c'est qu'elle résiste à la mort, qu'elle donne tant de fil à retordre.»

Enfin, sans trop insister sur l'aspect «victime» de la femme, nous devons évidemment reconnaître que l'on récompense les femmes et les fillettes si elles sont passives, réceptives, serviles, attrayantes, aimables et de bonne humeur, et si ce sont des poupées décoratives. Dans la même veine, on les dissuade d'apprendre à résoudre les mille et un problèmes de l'existence. Il faut admettre que les femmes continuent d'avoir beaucoup de difficulté à parler de leur propre sexualité . . . même si les éditeurs de pornographie ont fait fortune en exploitant *leur* optique de la sexualité féminine et *leurs* phantasmes à cet égard.

Une perspective féministe

Où allons-nous trouver la réponse au problème pressant de la toxicomanie chez les femmes? Permettez-moi de proposer une approche féministe (que nous pourrions tous envisager d'ailleurs, car il ne faut pas nécessairement être une femme pour «penser féministe») et quelques stratégies.

Je voudrais noter certaines idées qui viennent en tête lorsqu'on pense «féministe» :

- Entreprendre des recherches dénuées de sexisme, qui tiennent compte du genre (féminin ou masculin) à toutes les étapes du processus (conception, questions, cadres de travail théoriques, méthodes, interprétation des résultats et recommandation de lignes de conduite). S'assurer que les données brutes sont réparties par sexe. Adopter une approche équilibrée : pour ce faire, utiliser un langage et des concepts qui reflètent la réalité (surtout, éviter tout écart par rapport à celle-ci) et tenir compte de l'expérience des femmes et de celle des

hommes. Voici un extrait d'une étude faite en 1985 par l'*American Psychological Association* (traduction) :

> «Quoique les tendances et les caractéristiques des femmes qui deviennent alcooliques soient différentes de celles de leurs homologues masculins, la plupart des grandes études sur l'alcoolisme sont basées sur les hommes. Or, les femmes alcooliques sont plus tentées que les hommes alcooliques d'utiliser d'autres drogues en même temps. Pourtant, les enquêtes sur les tendances en matière de toxicomanie parallèle à l'alcoolisme et sur l'incidence de cette toxicomanie sont rares.»

- Déculpabiliser les femmes. Les femmes au foyer se sentent coupables, tout comme, d'ailleurs, celles qui travaillent à l'extérieur. Quelques séances amicales de discussions à but thérapeutique entre ces deux catégories de femmes ne permettraient-elles pas de cicatriser certaines blessures? Cette libération du sentiment de culpabilité est un processus très complexe; il équivaut à autoriser ces femmes à faire des choix, à exprimer leur colère, à s'occuper de leur «moi», à se «réaliser» en somme.

- Avoir des attentes réalistes à notre égard. Je pense que, durant notre étude, nous avons souligné le rôle de «protectrice de la santé» que joue la femme, rôle en vertu duquel elle doit assumer presque toute la responsabilité du bien-être d'autres personnes. Il me semble que Louise Nadeau a lancé un défi aux participantes, lorsqu'elle a posé cette question : «Comment peut-on préserver cette faculté de se préoccuper des autres sans que les relations qui comptent pour nous demeurent un facteur de risque?»

- Reconnaître l'apport de la collectivité des femmes, dont l'expérience et l'appui réciproque commencent par une sensibilisation à un nombre illimité de questions, pour passer ensuite à la stratégie et à l'action politiques. Les groupes d'entraide, les centres de ressources et les réseaux d'aide sont essentiels. On m'a parlé, récemment, d'un nouveau groupe qui s'appelle *Nurses for Social Responsibility*, dont l'un des objectifs est d'améliorer les services de santé offerts aux femmes.

- Créer une société dont les lois et la structure sont basées sur le partage et l'égalité entre les sexes, et non sur l'égalité et la dépendance des femmes par rapport aux hommes, comme c'est le cas actuellement.

Voici quelques stratégies que je vous soumets : à vous de les examiner et de prendre les mesures qui s'imposent.

- Reconnaître les facultés curatives de la sensibilisation et les qualités thérapeutiques de l'amitié.

- Pousser les institutions à appuyer les groupes *spéciaux* qui peuvent aider les femmes en situation de crise, en leur fournissant les fonds et les ressources nécessaires à leur survie, et travailler à donner à leurs employés de meilleures conditions salariales.

- Admettre l'énorme responsabilité personnelle que les femmes doivent assumer et les contraintes qui influent sur leur libre expression dans les décisions qu'elles prennent, dans leur activité artistique et dans leur sexualité. Fournir les appuis communautaires voulus, à savoir : des programmes de mise en forme, des activités pour adultes, des déjeuners d'affaires, des périodes de jeu avec les enfants, des services de garde des enfants, de l'aide aux parents ainsi que des cours à leur intention.

- Aider les femmes à se réaliser en leur offrant un accès égal à la scolarisation, à l'emploi, à la formation et aux services.

- Participer à l'étude de la politique gouvernementale dans les buts suivants : rendre désuète la violence envers les femmes; transformer les rapports sociaux en rapports d'égalité; mettre en lumière le contexte général de l'expérience sociale et biologique des femmes; enfin, s'assurer que la recherche ne soit pas teintée de sexisme.

Si l'on atteint ces buts, on réduira les différentes formes de stress qui poussent les femmes à fuir la réalité dans l'alcool et les drogues.

Le défi est considérable : nous avons besoin d'une recherche non sexiste, de groupes d'aide basés sur l'expérience des femmes et d'une action politique constante.

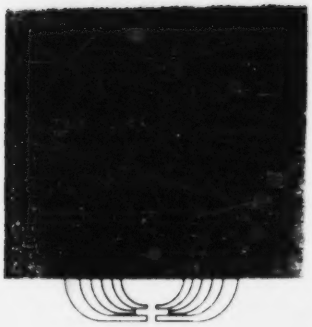
Il nous faut du courage, de la vigilance et une volonté d'innover pour relever ce défi.

Références

American Psychological Association. *Developing a National Agenda to Address Women's Mental Health Needs*. Washington: APA, 1985.

Cixous, H. *Le rire de la méduse*, cité dans *L'Arc n° 61*.

Joyce, B. "I'm Not Crazy After All". In *Women Look at Psychiatry*. Vancouver: Press Gang Publishers, 1975.



Succès, limites et répercussions de diverses stratégies de changement

1 Le bloc à ordonnances : un outil de prévention

Christine Rinaldi est directrice du *East Kootenay Alcohol and Drug Counselling Service* (service de consultation sur les drogues et l'alcool de East Kootenay), à Cranbrook (Colombie-Britannique). Elle est chargée d'élaborer et d'implanter des programmes d'éducation et de prévention dans toute la région d'East Kootenay et pour ce faire, elle utilise fréquemment la trousse «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs» depuis plusieurs années. Elle a axé son exposé sur l'importance de créer un solide réseau d'organismes, et sur les avantages d'un bloc à ordonnances de conception unique, mis au point pour permettre aux médecins de prescrire autre chose que des médicaments.

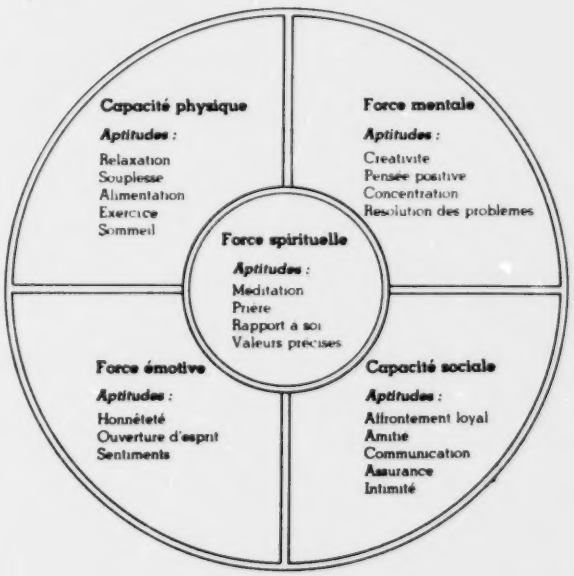
Je possède quelques données qui me semblent très précieuses et que j'aimerais vous communiquer. Dans la région sud-est de la Colombie-Britannique, nous avons mis au point un bloc à ordonnances que nous croyons être vraiment utile aux personnes qui oeuvrent auprès des femmes. Il est le produit d'un atelier de formation que nous avons donné à des animateurs du programme «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs». Nous nous sommes rendu compte que lorsqu'on consulte un médecin, on s'attend à sortir de son cabinet avec quelque chose en main. De la même façon, le médecin qui reçoit en consultation s'attend toujours à remettre quelque chose au patient lorsque ce dernier prend congé de lui.

Cette attitude n'est pas difficile à comprendre. En tant que conseillère, j'éprouve parfois de la frustration lorsque je me rends compte que je ne peux régler le problème d'un client et que je n'ai pas de soutien à lui offrir. C'est pourquoi je peux comprendre le malaise du médecin qui n'a rien de concret à offrir à son patient; dans ce genre de situation, il aura toujours la possibilité de dire : «Voici une ordonnance».

Ma profession de conseillère auprès des alcooliques et des toxicomanes m'amène à travailler avec des familles où un parent ou un des conjoints a un problème d'alcool. Prenons, par exemple, le cas d'une femme dont le mari boit. Elle souffre de migraines, de maux d'estomac, de douleurs dorsales, d'insomnie; elle est réellement tendue et angoissée. Elle consulte un médecin, qui lui dit : «Je suis d'accord avec tout ce que vous me dites. C'est un fait que votre mari est alcoolique. Je le sais. Je peux le reconnaître mais je ne peux rien faire pour *lui* tant qu'il n'aura pas décidé de changer; mais, entre-temps, voici pour *vous* des pilules pour dormir. Rentrez chez vous et calmez-vous, cela vous aidera à faire face à la situation.»

Dans notre atelier, nous avons décidé que cette méthode n'est pas toujours suffisante. Dans la réalité, des conseillères comme moi peuvent se retrouver avec certains cas où deux, voire trois personnes dans la même famille, ont

Sphère de la personnalité globale



des problèmes de dépendance : le mari est alcoolique, la femme abuse de tranquillisants (et a parfois un problème d'alcool) et, peut-être même un adolescent qui est drogué ou alcoolique. Nous avons décidé de fournir aux médecins quelque chose de concret qu'ils remettraient à leurs patients dans des situations semblables et j'espère que vous quitterez aussi cet atelier avec quelque chose de concret en main, que vous pourrez utiliser. Nous ne disposons que de peu de temps, mais je tiens à vous donner un aperçu du bloc à ordonnances que nous avons mis au point au cours de l'atelier en question. Je vais donc vous l'expliquer assez rapidement.

Pendant et après cet atelier, nous avons discuté des différents besoins que les gens éprouvent. J'aimerais vous montrer la «sphère de la personnalité globale». Au centre, se trouve le pouvoir spirituel de la personne ou sa force intérieure. Le premier pouvoir, ou **capacité physique**, est représenté à gauche. Il s'agit de la capacité de construire, un pouvoir renforçateur. C'est la force énergétique. Si on ne l'utilise pas, on la perd. Pour la conserver, il faut apprendre certaines techniques de relaxation, avoir de bonnes habitudes alimentaires, faire régulièrement de l'exercice et dormir suffisamment. La personne qui ne se sent pas bien physiquement n'a rien à offrir aux autres, que ce soit à sa famille, à ses amis ou à ses collègues.

La force mentale : l'intelligence et la mémoire sont «bien huilées»; tout fonctionne vraiment bien; on se sent l'esprit créatif; la pensée est positive; on peut se concentrer, résoudre des problèmes, régler les situations difficiles qui se présentent.

La capacité sociale : c'est la capacité de nouer et d'entretenir les relations dont on a besoin, d'avoir des amis intimes. Il faut, pour ce faire, posséder l'art de l'affrontement loyal. Il faut avoir des capacités de communication pour nouer des amitiés. Il faut avoir de l'assurance. Louise Nadeau a parlé hier des effets négatifs de manque d'intimité. Les capacités qui aident à établir des relations personnelles étroites développent la sociabilité.

La force émotive : c'est la capacité d'éprouver et de bien exprimer toute une gamme d'émotions. Au cours des deux derniers jours, j'ai, à plusieurs reprises, entendu parler de personnes qui se sentaient «engourdies». Lorsqu'on a la force émotive, tous les sentiments (colère, bonheur, tristesse, optimisme) doivent entrer en ligne de compte.

Au centre de la sphère, se trouve la **force spirituelle** : c'est ce qui contribue à donner un sens à la vie. Elle ne doit pas nécessairement avoir une connotation religieuse; elle signifie clarifier ses propres valeurs, déterminer ce qui est vraiment important pour soi, son «centre». Je sais que depuis que nous sommes réunies ici, bon nombre de personnes ont quitté momentanément la salle, seules ou avec d'autres, pour avoir la possibilité de se «regrouper» en quelque sorte, de se situer réellement.

Au cours de l'atelier, nous avons établi que ces cinq types de force sont d'une importance fondamentale dans la vie. Nous avons voulu nous attacher à cet aspect. Nous avons également souhaité voir nos efforts déboucher sur des résultats à caractère professionnel, sur quelque chose qui convaincrait les médecins ainsi que nos clients que nous avons quelque chose à leur offrir. Nous avons décidé d'examiner les organismes communautaires qui, d'une façon ou d'une autre, contribuent au développement des divers aspects de la personnalité globale.

À ce stade, j'aimerais que vous vous arrêtiez à votre propre collectivité. Celle où je vis compte 7000 habitants. Celle où je travaille en regroupe 15 000. Parmi vous, certaines viennent de collectivités de 1000 habitants tandis que d'autres appartiennent à des centres urbains nettement plus importants, mais *chaque* collectivité, même la plus petite, a ses propres ressources et c'est sur ces ressources que j'aimerais vous voir concentrer votre attention.

Voici notre «bloc à ordonnances». Il a été établi d'après les ressources dont dispose notre collectivité. Nous avons notre propre centre de santé mentale, un centre de consultation en alcoolisme et en toxicomanie, les AA, les NA, les Alanon, les Alateen, les services de consultation de tribunal de la famille, un centre d'accueil en cas de crise, etc.

LE BLOC À ORDONNANCES

℞

Date: _____

Nom _____

_ Centre de sante mentale (426-8291)
_ Counseling en toxicomanie et en alcoolisme (489-4344)
_ AA
_ NA
_ Alanon (Composer 489-4344 pour obtenir les numéros de téléphone)
_ Alateen
_ Services de consultation du tribunal de la famille (426-6258)
_ Centre d'accueil en cas de crise (426-8407)
_ Aides familiales (426-3361)
_ Soins infirmiers à domicile (426-3361)
_ Programme de ludothérapie (426-8291)
_ Relaxation
_ Clubs
_ Loisirs communautaires (426-4211)
_ Organismes d'aide sans but lucratif
_ Groupes de soutien
_ Services de consultation externe en psychiatrie (426-5281, poste 300)
_ Soins psychiatriques de jour (426-5281, poste 300)
_ Centre pour les femmes (426-2912)

Signature du médecin: _____

Note:
Une brève description de tous les organismes cités accompagne le bloc à ordonnances. Les personnes ressources de chaque organisme sont également indiquées.

En dressant la liste, nous avons tenté de répondre aux besoins de la personne : spirituels, émotifs, mentaux, sociaux et physiques. À mon avis, il est important d'ajouter à cette liste la nutritionniste communautaire. En tant que conseillère en matière de toxicomanie et d'alcoolisme, j'essaie d'amener la personne à la sobriété et à la modération et je lui pose la question suivante : «Qu'avez-vous pris au petit déjeuner ce matin?» et j'ajoute : «Rappelez-vous que chaque fois que vous viendrez me consulter, je vais vous demander ce que vous avez pris au petit déjeuner ce jour-là et si vous dormez bien». C'est vraiment important de vérifier l'état de santé physique des gens.

Nous sommes favorisés en Colombie-Britannique. Nous avons reçu dans le cadre des programmes relatifs à la toxicomanie et à l'alcoolisme, une subvention pour engager un médecin rémunéré à la vacation, de sorte qu'un médecin est attaché à notre organisme. Il exerce parmi nous depuis trois mois et son action a une forte influence sur la clientèle.

Je dois admettre que notre bloc à ordonnances est de nature utopique. La difficulté est de le faire fonctionner, mais je pense que *le simple fait* de l'avoir élaboré était l'aspect important pour nous tous, peut-être même à plusieurs égards insoupçonnés. Par exemple, l'exercice a été enrichissant puisque certaines personnes ont découvert le rôle que moi, conseillère en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, je remplis. À mon tour, j'ai découvert le rôle des infirmières en psychiatrie dans leur unité de soins, en quoi consistent les soins psychiatriques de jour, le rôle des infirmières qui dispensent des soins à domicile. Même si nous n'avions pas mis au point le bloc à ordonnances, nous avons eu là l'occasion d'apprendre quel est le rôle des autres organismes, quelles sont les autres ressources à notre disposition dans notre collectivité. J'estime qu'il est important de savoir qu'il y a effectivement des organismes communautaires. Dans la catégorie de la force mentale, j'ajouterai le collège communautaire. La Colombie-Britannique met actuellement en place un formidable réseau de collèges communautaires. Il y a un nombre incroyable de programmes de perfectionnement et je suis persuadée que le pays tout entier est doté d'établissements scolaires auxquels on peut accéder.

Il est important de les visiter pour voir ce qu'ils peuvent offrir. L'implantation de bibliothèques communautaires me plaît beaucoup également et je conseille vivement aux gens de les fréquenter. Si nous voulons dresser la liste des ressources communautaires, il nous faut consulter les journaux. Par exemple, le centre d'art communautaire permet aux gens de développer leurs capacités mentales, émotives et sociales. Ou ce peut être votre centre communautaire pour les femmes ou le groupe Alanon. Ce peut être un cours de pédagogie familiale offert par le collège communautaire ou le centre de santé mentale. Quoi qu'il en soit, je vous recommande fortement de *découvrir les ressources à votre disposition*. Des gens viennent me consulter et me disent : «J'ai besoin de renforcer mon estime de moi. J'ai besoin d'apprendre à parler en public. J'ai besoin d'apprendre à m'exprimer, à m'adresser à la personne assise à mes côtés». Communiquez avec les clubs qui offrent des cours de personnalité. Il est important que vous vous rendiez compte qu'il y a énormément de ressources dans votre collectivité, peu importe leur envergure.

Toute la vie de l'être humain est centrée sur la force spirituelle. Comme je l'ai déjà mentionné, cette force ne doit pas nécessairement avoir une connotation religieuse. Ce peut être simplement le cadre de Geneva Park. C'est certainement mieux que de se trouver au centre de Vancouver, en plein trafic, entourée de gratte-ciel, au milieu de la foule de l'Exposition. Hier soir, quelqu'un a déclaré : «Je me sens renouvelée. En assistant aux rencontres, j'ai appris énormément». Donc, la force spirituelle, la capacité de renouer avec soi et de se renouveler sont des composantes essentielles de la vie humaine.

Voyez si vous pouvez élaborer un bloc à ordonnances utilisable par les médecins de votre collectivité et qui leur permettra de répondre à un patient : «D'après ce que vous me dites, vous avez besoin de fréquenter un centre récréatif. Essayez la piscine. Votre collectivité offre nombre de ressources dont vous pouvez vous servir et qui sont gratuites.» L'exercice consiste à regrouper les ressources humaines de la communauté et à mettre au point une liste à remettre à vos médecins. Essayez de lancer votre projet avec une femme médecin car, de cette façon, vous aurez quelqu'un de votre côté. Tout au moins, essayez de trouver un médecin qui soit attentif à vos préoccupations. Je vous préviens que votre démarche progressera lentement. Le médecin qui travaille avec nous ne cesse de répéter : «Mon Dieu! Qu'il est difficile de se faire comprendre des médecins!» et c'est bien agréable de l'entendre faire une telle constatation! Je vous remercie.

Groupe de discussion

2 Un manuel sur les techniques de mobilisation communautaire

Henriette Dauphinais, de Sudbury (Ontario), a passé les trois dernières années sur un projet visant à réunir de la documentation sur les techniques de mobilisation communautaire. Bien que ce projet se soit concentré sur la sexualité chez les adolescents, ses principes peuvent s'appliquer à d'autres domaines. Elle explique comment créer un réseau dédié à une cause commune et s'assurer que le mécanisme de mobilisation donne des résultats positifs. Henriette a enseigné à tous les niveaux et possède une expérience considérable dans le travail communautaire, y compris sur les problèmes des femmes et des francophones.

Je vais vous entretenir aujourd'hui au sujet d'une stratégie de changement que nous avons utilisée à Sudbury, une ville dont la population est d'environ 100 000 à 125 000 personnes. Cette stratégie était axée sur la création et l'implantation d'un réseau, ou ce qu'on appelle un «network», comme moyen d'agir sur la communauté. Le modèle ou l'approche que nous avons élaboré a vraiment été une expérience.

À partir de cette expérience, nous avons préparé un manuel qui peut être utilisé dans vos communautés. Nous avons appelé le modèle que nous avons développé un modèle «haute action» parce qu'il favorise une action sociale ou communautaire concrète. Ce modèle utilise différentes techniques dont le développement communautaire, l'animation, ainsi que l'éducation populaire. Ce que nous avons fait n'est pas nouveau; nous avons amalgamé différentes techniques que nous avons mises à l'essai. De cette expérience, nous avons développé un modèle qui a très bien réussi et qui fonctionne encore très bien. J'espère pouvoir vous démontrer la validité de cette approche et l'avantage d'utiliser le «network» dans votre communauté puisque cette intervention a un impact durable qui apporte des résultats bénéfiques.

Notre hypothèse de base était fondée sur trois principes : 1) mobiliser notre communauté, implanter un soutien de base; 2) élaborer des buts très précis et réalistes puisque les gens se désintéressent si les buts ne sont pas réalisables; 3) anticiper, prévoir les obstacles.

Essayons de mettre cela dans un contexte concret. Vous essayez peut-être de mettre sur pied un programme, vous y avez mis beaucoup d'efforts, vous avez des personnes ressources, vous lancez le programme mais il ne fonctionne pas et vous ne savez pas pourquoi. Peut-être la publicité a-t-elle été mal faite. On est parfois tellement impliqué dans le rendement du service qu'on oublie la partie organisationnelle, la promotion d'un programme. Le manuel dont je parle traitera de toutes ces questions : comment développer un programme, puis comment le vendre, c'est-à-dire trouver le groupe cible et les personnes ressources.

À Sudbury, nous avons créé un réseau composé d'intervenants : des professionnels de la santé et des services sociaux, des spécialistes en éducation, ainsi que des parents. Nous avons utilisé cette approche qu'on appelle multidisciplinaire, c'est-à-dire qu'on rassemble des gens de toutes ces disciplines pour favoriser un rapprochement puisque souvent chacun fait son petit travail dans sa part de la communauté sans qu'il y ait de cohésion. Parfois deux personnes font le même travail sans être au courant du travail l'un de l'autre. Il y a donc un avantage à créer un réseau pour s'entraider, partager des ressources et se ressourcer soi-même.

La phase la plus importante dans tout développement communautaire c'est le travail préliminaire, ce qu'on appelle en anglais le «ground work», le travail avant l'implantation. Nous avons estimé de 12 à 18 mois le temps nécessaire pour vraiment lancer l'idée et établir un réseau qui a fonctionné.

Je vais maintenant vous décrire brièvement les cinq étapes que nous avons utilisées pour mettre sur pied notre réseau.

Au début nous avons pris beaucoup de temps pour faire une étude, un sondage de la communauté. Il ne s'agit pas d'un sondage théorique ou scientifique, mais plutôt d'une étude pratique visant à savoir quels étaient les services offerts, qui les offrait, comment ils étaient offerts, quelle était la clientèle desservie. Sudbury a environ 125 000 habitants, dont 40 pour 100 sont des francophones, donc notre projet se devait d'être un projet bilingue; les services qui sont offerts en anglais ne sont pas nécessairement les mêmes qu'en français. Nous avons aussi une composante autochtone dont il fallait tenir compte; les autochtones sont encore bien moins servis que les francophones. Il y avait beaucoup de particularités à considérer; il fallait bien connaître notre communauté et nous avons mis beaucoup de temps à le faire. Pour le faire, nous nous sommes adressés à des intervenants, des gens qui font le travail pratique. Nous aurions pu consulter des administrateurs, mais eux voient surtout ce qui concerne l'administration. Nous avons préféré consulter les intervenants qui ont l'expérience du quotidien, qui touchent le vrai problème que l'on recherche.

Nous avons ensuite regroupé ces personnes. Parfois les gens ont peur de se compromettre ou de s'engager à quelque chose en se rassemblant; non, il s'agit simplement de discuter de ce qui ne va pas puisque souvent on n'a pas une perspective globale d'un problème. On voit des parties d'un problème ou même pire, on s'attaque aux symptômes plutôt qu'au vrai problème. C'est exactement ce qui se produisait chez nous. Quel est le vrai problème

de la femme alcoolique ou de la femme à qui on donne des pilules? La création d'un réseau permet des échanges pour arriver à une définition commune du problème.

Ensemble nous avons créé une vision du changement qui pourrait être apporté et nous nous sommes donnés les moyens d'atteindre cette vision. Il ne s'agit pas d'une vision utopique, mais bien de quelque chose de très concret. Je tiens à souligner qu'il faut avoir des buts que l'on peut atteindre, des buts très pratiques, mesurables même.

Une fois les buts et les objectifs formulés, au lieu de s'attarder à former un autre comité comme c'est souvent le cas, des comités qui se rassemblent puis qui parlent et restent toujours au niveau intellectuel, nous avons décidé d'entreprendre une activité précise, une action communautaire, et c'est de cette façon que notre réseau a été créé. Nous avons ensuite entrepris beaucoup d'activités qui ont animé et concrétisé le groupe.

Cette action communautaire nous a permis d'être connus dans le milieu et d'acquérir ainsi une certaine crédibilité auprès de la communauté. «Le but d'un réseau, c'est de se rassembler» et de travailler autour de nos points communs, puisque nous ne pourrons rien accomplir si nous nous attardons à nos différences. Nous nous rassemblons, nous voyons où l'on s'entend, puis nous travaillons avec cela, nous apportons une action concrète. Nous avons alors vraiment un impact sur la communauté; la communauté devient notre soutien. Si nous rencontrons des problèmes politiques ou autres, c'est la communauté en général qui vient à notre aide; ce n'est pas à nous de nous défendre, d'insister que ce programme doit continuer. C'est la communauté qui exprime le désir de garder ce programme parce qu'il fonctionne. C'est un peu comme travailler à l'inverse; c'est de partir de la communauté pour la faire fonctionner au lieu d'essayer de la stimuler de l'extérieur.

Si vous êtes intéressés à utiliser ou à mettre sur pied un réseau, il faudrait vous assurer que vous connaissez votre communauté au niveau de ce qui peut vous nuire, des obstacles que vous pourrez rencontrer. On oublie souvent d'anticiper les difficultés qui peuvent se présenter; examinons ensemble quelques obstacles possibles. Il n'est pas facile d'apporter un changement dans une communauté puisqu'il y a toujours des réticences pour différentes raisons. Vous avez sûrement déjà entendu des commentaires comme «on n'a pas l'argent» ou «on n'a pas les personnes ressources» ou «on a déjà essayé puis ça n'a pas marché»; souvent les gens se font toutes sortes d'excuses parce qu'ils ont peur du changement. La peur est le facteur le plus critique dans le changement ou la volonté qu'on peut avoir d'apporter le changement; ce n'est pas le changement qui est difficile, c'est la peur qu'on a du changement. Il faut chercher des gens qui ont une attitude ouverte, créative et qui n'ont pas peur du changement, qui n'ont pas peur de prendre certains risques s'il le faut pour obtenir quelque chose; l'utilisation des énergies de groupe, la dynamique de groupe, est très importante. Dans le climat conservateur où nous vivons, il y a des questions qui deviennent de plus en plus controversées; c'est évident que la controverse est inévitable. Si vous créez un réseau, assurez-vous que la communauté vous connaît, ce qui vous donne une crédibilité. Il vous faut des intervenants engagés; cet engagement personnel est un facteur important et il faut réfléchir au temps qu'on peut y mettre afin de prévenir l'essoufflement ou le «burnout». Il est possible que vous ayez de la difficulté à incorporer certains groupes; pour nous, il a été difficile de trouver des représentants de groupes de parents puisqu'il n'y avait que les groupes parents-instituteurs ou des groupes semblables auxquels on pouvait s'adresser. Il y a toujours des limites à ce que l'on peut accomplir dans une communauté.

Notre réseau fonctionne depuis trois ans et il est intéressant de voir les changements qui ont eu lieu. Par exemple, au début, il y avait peut-être 25 personnes, des hommes et des femmes; maintenant le groupe est formé presque entièrement de femmes. Il semble que le système de la réseauterie, le «networking», fonctionne très bien dans des groupes de santé pour femmes, dans des centres de femmes ou dans des groupes purement communautaires. Je tiens à souligner qu'il est très important si vous avez l'intention d'essayer cela chez vous, de ne pas hésiter parce que ce système fonctionne avec certaines adaptations selon le milieu.

Le manuel que nous avons préparé est planifié pour aider les communautés de la dimension de Sudbury ou des plus petits centres de 10 000, 20 000 ou 30 000 personnes ou même moindres; je tiens à préciser que ce n'est pas un manuel qui s'adresse aux centres métropolitains. Le manuel présente une série de chartes; c'est un manuel de travail dans lequel on peut écrire. Le manuel vous indiquera comment procéder pour atteindre vos objectifs. Vous pourrez l'utiliser en entier ou en partie. Par exemple, si votre programme fonctionne bien et que vous voulez seulement savoir comment le promouvoir, vous allez au chapitre qui traite de ce sujet. Il s'agit vraiment d'un manuel de travail.

En terminant, j'aimerais souligner que le réseau n'est pas quelque chose que nous avons inventé; nous avons fait un rassemblement de techniques qui ont été utilisées ailleurs. Pour nous, cela a été très efficace. Notre réseau fonctionne depuis trois ans, il a entrepris de nombreuses activités et il a même de l'argent en banque, ce qui est plutôt rare pour un groupe communautaire qui ne reçoit aucune subvention fédérale ni soutien d'autres organismes. Je tiens à souligner qu'avec la bonne volonté et beaucoup de temps de préparation, il y a une grande possibilité que le réseau soit efficace.

Groupe de discussion

3 Projet d'éducation sur la santé des femmes

Frances Ennis a été coordonnatrice du *Women's Health Education Project* (projet d'éducation sur la santé des femmes) qui a porté sur 157 collectivités à Terre-Neuve et au Labrador, de 1980 à 1984. Programme exceptionnel d'éducation sur la santé destiné aux femmes en milieu rural, le WHEP a eu des répercussions durables sur la vie de centaines de femmes.

Je vais tenter de couvrir très rapidement quatre années de travail, ce qui n'est pas une tâche facile, comme certaines personnes de la Promotion de la santé le savent. Ces personnes m'avaient demandé de participer à une réunion à Ottawa où j'étais censée parler pendant vingt minutes, mais mon discours s'est prolongé bien au-delà. Quoi qu'il en soit, je ferai de mon mieux!

Le projet d'éducation sur la santé des femmes (WHEP) de Terre-Neuve et du Labrador a débuté en janvier 1981. Il a été parrainé en partie par le *Status of Women Council*, qui est un groupe essentiellement urbain de St-John's, et par un organisme pour les femmes de Terre-Neuve et du Labrador appelé le Groupe Aurora.

Avant de décrire les différentes étapes du projet, il me semble qu'il est important de définir les principes qui nous ont guidées tout au long de notre démarche. Au départ, nous connaissions certains aspects du projet, nous savions ce que nous voulions qu'il soit, et nous ignorions d'autres points. Que savions-nous? Nous savions très clairement que nous voulions que ce projet appartienne aux femmes de Terre-Neuve et du Labrador. Il ne devait pas appartenir à celles qui l'avaient organisé ou conçu; il ne devait pas appartenir au corps médical; il ne devait appartenir à personne d'autre que les femmes de la province. Mais nous n'avions pas d'idée précise sur *la façon* de mettre ces conditions en pratique. Nous étions essentiellement un groupe résidant à St-John's et notre mandat consistait à travailler dans 60 à 100 collectivités disséminées dans toute la province.

Nous avions également une idée précise sur quelques autres points. En premier lieu, nous étions fortement convaincues que chacune des participantes possède des compétences à partager. Ces compétences peuvent être acquises par l'activité professionnelle ou par des études universitaires. Selon notre approche, en mettant en commun nos compétences et nos connaissances, nous pouvions apprendre énormément les unes des autres. Voilà quels ont été nos principes directeurs tout au long du projet d'éducation sur la santé des femmes.

La première étape a consisté à mener une enquête dans environ 60 collectivités dans toute la province. Nous avons demandé aux femmes de déterminer quels étaient leurs problèmes de santé. Je souligne ici qu'il ne s'agissait pas d'une enquête scientifique. Nous avons utilisé un questionnaire de type questions ouvertes qui invitaient les femmes à rassembler leurs idées et à parler librement de leur santé. C'était un moyen de les encourager à s'ouvrir d'une façon plus «organisée» sur leurs problèmes de santé. Nous avons considéré cette enquête comme le début de la création d'un réseau. Le taux de réponse atteint a été incroyablement élevé. Sur les 310 questionnaires expédiés, 224 nous ont été retournés remplis.

Je dois avouer que ce fut tout un travail d'analyser les données recueillies. Selon notre approche, un point particulier signalé par une seule femme avait autant d'importance que s'il avait été mentionné par cinquante répondantes. L'enquête a permis de recueillir une somme incroyable de données sur plusieurs tendances ou thèmes auxquels on a pu rattacher les divers sujets de préoccupation exprimés par les femmes. Ces thèmes comprenaient : les habitudes alimentaires, la santé mentale, l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme, des questions liées à la reproduction, les services médicaux et communautaires, l'information et l'isolement. Nous les avons ramenés à trois catégories : les problèmes cernés, les services requis et les mesures proposées.

Ensuite, à l'aide des données de l'enquête, nous avons tenu une consultation. Les «personnes ressources de la collectivité» qui avaient effectué l'enquête se sont réunies pour examiner les résultats et tenter de déterminer l'orientation à donner au projet. Sous certains aspects, il s'agissait d'une approche exceptionnelle puisqu'au lieu de communiquer des statistiques et des renseignements aux femmes, nous avons utilisé les données de l'enquête pour élaborer une série d'ateliers destinés à définir des processus. Le contenu des ateliers a été tiré directement des résultats de l'enquête ou d'idées générales exprimées par les femmes ayant participé à l'enquête. Par exemple, au cours de la *séance préliminaire*, les participantes ont tenté de cerner à nouveau ou de réévaluer chaque problème d'après leur propre expérience; durant la *séance de discussion*, elles ont examiné d'autres facteurs dans la collectivité qui aggravent chaque problème et, dans la troisième séance, la *séance de solution*, elles ont discuté de stratégies pour résoudre ces problèmes. Les animatrices des ateliers étaient des membres de notre conseil et de notre comité de planification de la consultation. Elles n'étaient aucunement des «expertes».

Une fois les ateliers terminés, nous avions en main les mille et une propositions des participantes au sujet de la suite du projet. La majorité des participantes étaient d'avis que les ateliers de ce genre sont très importants et qu'ils devaient être accessibles à toutes les femmes de la province. L'étape suivante a donc consisté à lancer notre

programme sur le terrain. Nous avons adapté les ateliers pour pouvoir les tenir dans les collectivités. Nous avons tenu 100 ateliers dans 60 collectivités. Partout, les femmes nous ont dit combien cette expérience leur avait profité par le simple fait de se réunir entre femmes et de découvrir qu'elles partagent de nombreux points de vue et expériences. Le sujet le plus souvent demandé, comme thème d'un débat futur, était «le stress chez les femmes».

Voilà donc en quoi a consisté notre projet. Je pourrais vous en parler beaucoup plus en détail mais je préfère vous dire quelques mots sur ce qu'il a signifié à nos yeux. Une fois le programme sur le terrain terminé, il est apparu très clairement que nous n'étions pas en mesure de répondre aux nombreuses demandes relatives à la tenue d'ateliers dans les collectivités. Au départ, nous étions deux personnes mais à la fin du projet, notre équipe en comprenait cinq. La tâche avait été très astreignante à tenter de sillonner toute la province pour y tenir des ateliers. Cependant, dans un sens, nous n'avions qu'effleuré le problème. Nous avons ressenti une frustration énorme en voyant arriver la fin de notre programme de trois ans. Nous ne disposions simplement pas de ressources suffisantes, de ressources financières en particulier, pour pouvoir continuer. Grâce à l'aide financière additionnelle accordée par Santé et Bien-être social Canada, nous avons pu élaborer un fascicule d'information à partir des expériences de chacune. À l'aide de cette trousse, les femmes seraient en mesure de poursuivre seules le projet. Nous nous sommes également servies des fonds alloués pour donner une série de séances de formation en région afin d'enseigner à d'autres femmes à employer les techniques du projet.

Globalement, quelle a été l'incidence du WHEP? Nous savons que de nombreuses femmes dans la province utilisent la trousse de ressources. En fait, depuis que j'assiste à ce colloque, j'ai découvert que dans tout le pays, on utilise notre trousse de différentes façons. Autre résultat positif : plusieurs groupes de femmes se sont constitués dans la province. Malheureusement, nous n'avons aucun moyen officiel de savoir s'ils fonctionnent encore car il n'y a pas de mécanismes de suivi pour découvrir ce qu'en termes très généraux, notre projet a signifié pour les femmes de Terre-Neuve et du Labrador.

J'aimerais exposer maintenant certaines limites du projet. Nous avons essayé quelque chose de très nouveau, du moins à Terre-Neuve. Il nous a donc fallu créer et recréer, au fil du projet. Il ne faut pas oublier que nos connaissances et l'accessibilité aux ressources nécessaires étaient limitées; ce qui montre bien pourquoi il est si important d'établir des réseaux d'entraide. Nous ne pouvons qu'espérer que notre expérience aidera d'autres personnes qui veulent tenter une expérience analogue. Cela vaut dans les deux sens. Ce que j'ai appris ici, de l'expérience d'autres personnes, m'aidera dans ma tâche. Nous puisons dans l'expéricence des autres ce qui nous est utile.

J'ignore si le terme «limite» est approprié, mais un autre défi de taille auquel nous avons dû faire face a été le fait d'aborder l'éducation sur la santé selon une approche non traditionnelle, ce qui s'est traduit par un processus lent. Nous avons également été un peu effrayées de devoir constamment nous demander : «Est-ce bien la façon de procéder?» On a peur d'abandonner les méthodes traditionnelles pour de nouvelles méthodes. Nous avons consacré beaucoup de temps à résoudre ce problème. Quelqu'un a déclaré : «Dénoncer la tradition pour annoncer la nouveauté peut être aussi pénible que gratifiant».

Le second handicap de taille qu'il nous a fallu surmonter était de nature géographique. Nous avons essayé d'atteindre toute la province de Terre-Neuve et du Labrador. Ce n'était pas une mince tâche, et nous avons constamment buté sur des problèmes.

Pour terminer sur une note positive, je dirai que le point le plus important que nous avons appris grâce au projet d'éducation sur la santé des femmes, ou du moins celui que personnellement j'ai retenu, c'est l'inadéquation des structures actuelles en regard des besoins des femmes. Des femmes de toutes les régions de Terre-Neuve et du Labrador nous l'ont dit et répété, et cela est apparu clairement dans le type de problèmes qu'elles nous ont mentionnés. Le défi qui s'adresse à nous est donc de créer de nouvelles structures et de nouveaux modèles pour répondre aux besoins des femmes, non seulement à Terre-Neuve mais dans toutes les provinces. J'aimerais, à mon tour, lancer ce défi à vous toutes qui participez à ce colloque : il faut créer et recréer des structures qui soient adaptées aux besoins des femmes. Je vous remercie beaucoup.

Groupe de discussion

4 Programme de formation : les femmes et la toxicomanie

Marie Lecavalier est intervenante en toxicomanie au Centre d'accueil Domrémy, Montréal. Elle est aussi chargée de cours au Certificat de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke. Mme Lecavalier, en collaboration avec Mmes Evelyne Bergeron et Louise Nadeau, a préparé et présenté un programme de formation intitulé «Les femmes et la toxicomanie». Ce programme de formation exposait la situation des femmes qui présentent des handicaps liés aux psychotropes et s'adressait aux intervenants et intervenantes du réseau santé de la province du Québec. Dans le cadre du panel, Mme Lecavalier a présenté l'historique de ce programme de formation, la clientèle visée, les modalités de formation ainsi que l'évaluation des sessions et les besoins des participantes tels qu'exprimés par elles.

J'aimerais vous présenter une série de projets de formation sur le thème «Les femmes et la toxicomanie» qui a été présentée dans la province de Québec.

Dans un premier temps, regardons l'historique de la demande. Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre plusieurs services. Trois services ont été impliqués dans l'organisation de ces sessions. Le service de toxicomanie ainsi que le service de la condition féminine avaient comme dossier prioritaire «Les femmes et la toxicomanie». Ils ont demandé au service de formation de mettre au point une série de formation sur ce thème pour la présenter à travers le Québec.

Le service de formation a été chargé de choisir les personnes ressources, de dégager les fonds associés à cette formation et de s'occuper de toute la partie technique de la formation.

Les trois animatrices du projet étaient Evelyne Bergeron qui est responsable de l'unité pour femmes à Domrémy, Trois-Rivières, Louise Nadeau et moi-même.

La formation proprement dite, c'est-à-dire neuf sessions de deux jours, a été donnée dans des endroits stratégiques de la province. La clientèle visée était les intervenants du réseau du ministère. Les professionnels les plus souvent rencontrés étaient des psychologues, des travailleurs sociaux, des intervenants en toxico, des infirmières et des techniciens en assistance sociale.

Le but de cette formation était d'améliorer la pratique professionnelle des intervenants en ce qui a trait à l'intervention à l'égard des femmes présentant des handicaps liés aux psychotropes. Notre objectif était d'habiliter les participants à l'identification, à l'évaluation et à l'intervention.

Les neuf éléments du contenu des sessions avaient été validés par un comité aviseur lors de la présentation d'un devis pédagogique. Nous avons présenté : les différents modèles en toxico; le contexte socio-économique dans lequel vivent les femmes et son impact sur leur santé; l'état de la question sur les dernières recherches et sur les modèles de consommation chez les femmes au Québec; la grille d'évaluation du DSM III (Diagnostic Statistical Manual); nous avons relancé la présentation du programme «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs» qui, à notre grande surprise, était peu connu et très peu utilisé; nous avons également présenté des indices qui aident à dépister les femmes aux prises avec des handicaps liés à l'utilisation des psychotropes; nous avons abordé le thème de la relation mère-enfant que nous avons choisi parce qu'à notre avis c'est le carrefour des contraintes de rôle, du piège de l'intervention sexiste et du sentiment de culpabilité; nous avons également présenté des paramètres d'intervention qui devraient être utilisés dans le traitement; Evelyne Bergeron a présenté l'expérience d'intervention auprès de sa clientèle à l'unité des femmes de Domrémy, Trois-Rivières.

En conclusion, nous pouvons dire que le projet a été reçu avec beaucoup d'enthousiasme. Nous avons aussi constaté tout au long du projet en visitant des régions éloignées que l'isolement rend le dépistage plus difficile. D'autre part, nous avons ressenti l'insécurité des intervenants en ce qui a trait à leur manque de connaissance à l'égard des produits et nous avons reçu beaucoup de demandes de formation des intervenants directement reliées à la connaissance des produits. C'est là en résumé notre projet.

En terminant, j'aimerais vous lancer l'invitation, au nom des intervenants en toxicomanie du Québec, à un colloque qui aura lieu à Montréal les 2 et 3 novembre 1986 et portant sur le thème «Les femmes et la toxicomanie».

Discussion

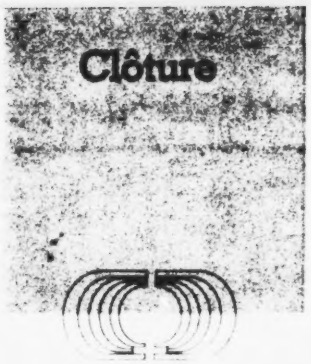
La discussion qui a suivi les exposés a dû être limitée en raison du temps imparti.

Une participante demande à Christine Rinaldi d'expliquer plus en détail le rôle des médecins face à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Christine Rinaldi lui répond que, de leur propre aveu, les médecins sont souvent les moins conscients des premières manifestations de l'alcoolisme et de la toxicomanie mais qu'ils ont un rôle essentiel à jouer. Son propre service de counseling s'est gagné une crédibilité énorme auprès du corps médical grâce à la présence d'un médecin dans son personnel. Elle décrit un petit déjeuner-causerie qui a eu lieu à l'hôpital, à Cranbrook, au cours duquel le médecin de son service et elle-même ont prononcé un discours sur la toxicomanie devant trente médecins. Christine Rinaldi estime que les personnes qui oeuvrent sur le terrain doivent s'efforcer de joindre les médecins de leur collectivité et qu'à cette fin, il est très utile de travailler avec un médecin compréhensif et disposé à sensibiliser ses confrères de la collectivité aux différents problèmes.

Une autre participante, pharmacienne, fait remarquer que le système traditionnel de soins de santé ne rejoint pas les toxicomanes et elle admet qu'elle-même a beaucoup à apprendre dans ce domaine. Elle demande dans quelle mesure le «bloc à ordonnances» a fonctionné. Christine Rinaldi lui répond que malheureusement, à ce jour, il n'a pas eu beaucoup de succès. Par contre, le médecin attaché à son organisme le revoit actuellement en vue de l'adapter aux besoins des médecins. Par exemple, il faudrait peut-être réduire la liste d'organismes. Mais elle dit être confiante qu'avec quelques efforts, la communauté médicale peut être amenée à considérer le bloc comme une ressource utile.

Une autre participante fait remarquer que les quatre membres du groupe de discussion ont réellement démontré combien il est important de concevoir des services innovateurs qui répondent aux besoins particuliers des femmes. Elle ajoute que l'approche décrite par Henriette Dauphinais pourrait être transposée à une région métropolitaine en divisant cette région en petites communautés. On peut citer également le lieu de travail comme autre type de collectivité où ce modèle s'est avéré efficace.

Henriette Dauphinais convient que son approche, basée sur l'établissement de réseaux, peut facilement s'appliquer à divers milieux. Elle déclare qu'il est important d'obtenir la participation active de personnes clés soucieuses d'apporter des changements. Elle estime que grâce à un groupe cohésif, au soutien de la collectivité et à une certaine dose de créativité, il est possible d'intervenir concrètement presque partout.



À la séance de clôture du Colloque *Il n'en tient qu'à nous*, Marilyn Keddy du bureau de la région de l'Atlantique de la Promotion de la santé, invite les participantes à faire connaître leurs impressions sur cette consultation et, si elles le souhaitent, à présenter des recommandations pour l'avenir. La veille, un groupe spécial de 30 à 40 participantes s'est réuni dans la soirée pour rédiger le résumé de leurs réflexions sur le Colloque. Voici un aperçu des opinions exprimées par les membres du groupe.

Réflexions positives

- Le Colloque a offert l'occasion aux participantes de se rencontrer et discuter, à l'échelle nationale, de problèmes, de solutions, de nouvelles idées et de mettre en commun des expériences et des ressources communautaires.
- Nous avons apprécié le cadre, qui a favorisé une atmosphère détendue, nous a redonné de l'énergie et nous a permis d'acquérir une vision plus nette du sujet. Du point de vue logistique, le Colloque a été très bien organisé.
- Les participantes étaient hautement qualifiées. Elles ont encouragé l'établissement de réseaux. Nous avons apprécié les points de vue convergents des féministes et des femmes oeuvrant dans la lutte contre la toxicomanie. Il y a eu également de bons échanges d'expériences.
- On a reconnu les besoins différents des participantes en matière d'accessibilité, de subventions et de services de garde d'enfants.
- Le Colloque a également mieux fait connaître la Direction de la promotion de la santé et nous avons été sensibles au soutien constant du personnel de la Direction, et à l'information qu'il nous a fournie.
- Le Colloque a permis aux participantes d'élargir leurs connaissances dans leur domaine de travail.

Autres observations

En ce qui a trait au **contenu**, nous aurions aimé avoir plus de renseignements et d'ateliers sur les sujets suivants : les polytoxicomanies, les groupes cibles spéciaux (par exemple, la situation des femmes handicapées, des lesbiennes et des autochtones), l'industrie pharmaceutique, les drogues illicites, les femmes de toutes les classes sociales (notamment les travailleuses et les démunies), la violence et les voies de fait, l'usage du tabac, les hormones et la régulation des naissances, le marketing social (médias) et l'intervention thérapeutique (nouvelles méthodes).

Pour ce qui est de l'**organisation**, il aurait été préférable de distribuer les documents à l'avance, les participantes auraient ainsi été mieux préparées pour la discussion. Le temps aurait dû être réparti plus également entre les ateliers d'échanges informels, les ateliers avec participation et les plénières (moins de discours, plus d'échanges). Il aurait été utile de donner une description plus précise (dans l'ordre du jour) du mode de présentation des sujets (exposé, ateliers, etc.). On aurait pu faire davantage appel à l'expertise des participantes lors du Colloque. Il aurait également été plus facile pour les participantes d'établir des contacts s'il y avait eu des séances de présentation individuelle (présentation des antécédents et de l'expérience pratique des participantes). On aurait pu prévoir une plus grande souplesse dans la sélection des ateliers, souligner davantage les objectifs précis de chaque atelier et accorder plus de temps à chacun d'eux (2 heures au minimum). La description des ateliers que nous avons reçue aurait pu être plus précise. De plus, une bibliographie et de la documentation auraient pu être préparées pour chaque atelier.

En outre, on aurait eu intérêt à mettre davantage l'accent sur les services communautaires dans les programmes de traitement pour les femmes et à sensibiliser le corps médical aux problèmes des femmes. Il aurait également été nécessaire, selon nous, de «démystifier» Santé et Bien-être social Canada.

Recommandations pour l'avenir

- une consultation, un suivi et un engagement permanents des participantes;
- l'amorçage d'un processus comportant la création d'un comité de direction qui regrouperait la Direction de la promotion de la santé, des représentantes des régions, d'organismes féminins, et des travailleuses en toxicomanie;
- une juste représentation géographique, sociale, culturelle et pratique au sein du comité de direction;
- une révision de la trousse «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs» qui intégrerait des renseignements sur les situations vécues par toutes les femmes;
- la prise de mesures pour faciliter l'établissement de réseaux provinciaux et interprovinciaux;
- l'examen et le contrôle continus des besoins des femmes dans le domaine de la toxicomanie et de la santé mentale.

Conclusion

Nous avons apprécié cette occasion de mettre en commun nos expériences et nos ressources. Dans ce processus permanent de travail auprès des femmes, nous avons chacune la responsabilité de rapporter dans notre collectivité l'expérience acquise au cours de ces derniers jours. Malgré les restrictions budgétaires que nous connaissons actuellement et l'émergence de nouveaux besoins sociaux, la Direction se doit de répondre, dans toutes les régions, à nos recommandations et à nos attentes pour l'avenir.

À la suite de l'exposé du groupe, plusieurs personnes expriment leur point de vue individuellement. L'organisation du Colloque et le choix de Geneva Park comme lieu de la rencontre font l'objet de commentaires élogieux et unanimes. La compétence des conférencières et le contenu de leurs communications, la «ponctualité rigoureuse» qui a caractérisé les travaux et la chaude atmosphère qui a prévalu tout au long du Colloque font également l'objet de remarques favorables.

Une participante du Québec fait remarquer que dans le domaine de la toxicomanie chez les femmes, sa province a connu des développements nouveaux, d'importance, qui intéresseraient certainement les participantes. À son avis, même si les développements survenus au Québec ont reçu une certaine attention, ils n'ont cependant pas été suffisamment explorés au cours des exposés.

On souligne à maintes reprises que la Direction de la promotion de la santé se doit de continuer à produire et à mettre à jour régulièrement les ressources nécessaires, en particulier la trousse «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs» et la brochure «Les femmes et l'alcool», et de multiplier ses cours de formation sur l'usage de cette trousse. On réclame plus de ressources de nature à promouvoir un mode de vie positif. On propose également une rencontre des femmes oeuvrant dans les trois domaines apparentés que sont l'agression sexuelle, la toxicomanie et l'alcoolisme.

Une participante signale que la perception de l'alcoolisme et de la toxicomanie comme des maladies physiologiques a eu un effet libérateur pour de nombreuses femmes. Elle estime que ce concept n'a pas été suffisamment examiné au cours du Colloque. Une autre participante parle des nombreux modèles d'action créatifs mis au point à l'échelle internationale, en particulier dans le domaine de la protection du consommateur et des réseaux de consommateurs. Elle souligne que les années 80 se distinguent par une tendance à une plus forte collaboration entre les divers réseaux de femmes, y compris les réseaux pacifistes féministes. Elle appuie le groupe spécial qui demande la «démystification» de Santé et Bien-être social Canada. Elle estime que ceux et celles qui plaident en faveur des femmes et qui travaillent à l'avancement de leur cause ont besoin de savoir comment accéder au système. Pour terminer, elle demande qu'une analyse féministe soit intégrée aux politiques et elle fait remarquer que l'Agence canadienne de développement international a déjà pris des initiatives en ce sens dans ses travaux sur les femmes et le développement.

Suivent deux observations similaires où l'on insiste sur la disparité entre les provinces dans les services de traitement qu'elles offrent, et sur la classification parfois inappropriée des différents aspects de la dépendance (par exemple, problèmes de santé mentale, de réadaptation professionnelle, etc.), qui conduit à l'incertitude dans le choix des services directs. Une participante rappelle la préoccupation actuelle des organismes de services sociaux face au retrait des handicapés physiques et mentaux des établissements. Bien qu'à son avis, il s'agisse d'un principe valable, elle estime que cela pourrait accroître les responsabilités et constituer une autre source de stress pour les femmes en les ramenant au rang de «main-d'oeuvre bon marché». Elle conseille la vigilance sur ce sujet.

Clôture

À propos de l'importance de trouver un équilibre, une participante signale que le Colloque a permis de faire de grands pas dans ce sens en offrant un juste équilibre entre prévention et traitement. Elle mentionne également les responsabilités mutuelles des participantes et de Santé et Bien-être social Canada pour susciter un changement. À cet effet, il faut trois éléments essentiels : l'identification du groupe («Nous sommes ici. Nous sommes ceci»), des pressions sans relâche et un engagement passionné pour la cause.

Pour conclure, Marilyn Keddy remercie les participantes pour leur contribution et elle fait l'éloge de leur activité sur le terrain. Elle dit espérer que toutes quitteront le Colloque «avec un regain d'énergie et de force pour poursuivre ce travail si important». À midi, la clôture du Colloque se déroule dans un élan d'enthousiasme. Les participantes, main dans la main, entament spontanément une série de chansons, démontrant ainsi leur soutien mutuel et leur engagement à la cause qui les a amenées à se réunir.

Appendice A

Liste des participantes

PARTICIPANTES

Note: avec adresse indiquée dans la langue de la participante.

Pat Allan, Community Consultant, Addiction Research Foundation, 259 Wellington St. W., Chatham, Ont. N7M 1J9 (519) 354-1000

* **Pat Badiet**, Coordinator, Counselling and Advisory Program, Communications Security Establishment, Department of National Defence, P.O. Box 9703 Terminal, Ottawa, Ont. K1G 3Z4 (613) 991-7212

Barbara Ball, Women's Post Treatment Project, 573 Queenston Street, Winnipeg, Man. R3N 0X4 (204) 489-3623

Jane Baron, Coordinator, Lifestyle Enrichment for Senior Adults (LESA), Centretown Community Health Centre, 100 Argyle Avenue, Ottawa, Ont. K2P 1B6 (613) 563-4771

Janis Bassingthwaighte, Mental Health Association in Saskatchewan, 219–5th Avenue North, Saskatoon, Sask. S7K 2P2 (306) 244-1270, (306) 664-3904

Carmen Beaudoin, Adjointe à la Direction générale, Centre d'accueil Préfontaine, 3100, rue Rachel est, Montréal (Qc) H1W 1A2 (514) 521-1280

Theresa Bénac, East Prince Women's Information Centre, 240 Water Street, Summerside, P.E.I. C1N 1B3 (902) 436-9856

Sheri Benson, Elizabeth Fry Society, 301-219 22nd St. E., Saskatoon, Sask. S7K 0G4 (306) 934-4606

* **Gwen Bibby**, District Administrator, AADAC, Room 135, 200–5th Avenue S., Lethbridge, Alta. T1J 4C7 (403) 381-5183

Nancy Bikaunieks, Executive Director, Addiction Services for York Region, 471 D'Arcy Street, Newmarket, Ont. L3Y 1M9 (416) 898-5950

* **Simone Bluteau**, Boite Groupée 159, 225, des Braconniers, St-Etienne des Grés (Qc) G0X 2P0 (819) 377-2441, (819) 535-3750

Val Bock, Regina Community Clinic, 212 Logan Crescent, Regina, Sask. S4S 5S7 (306) 543-7880, (306) 584-5287

Natalia Boland, Alcohol and Drug Services Unit, Department of Health and Human Resources, Government of Yukon, Box 2703, Whitehorse, Y.T. Y1A 2C6 (403) 667-5777

* **Valerie Bolton**, c/o Women Today, P.O. Box 1405, Clinton, Ont. N0M 1L0 (519) 428-9706

Barb Borland Long, Walter A. Slim Thorpe Rehabilitation Centre, 4611 48th Avenue, Lloydminster, Sask. S9V 0Z5 (403) 875-1518

Irène Boucher, Women's Health Interaction, 24–585 O'Connor Street, Ottawa (Ont.) K1S 3RZ (613) 235-4036 (r)

Debbie Bradley, Clinical Social Worker, Community Mental Health Service, P.O. Box 39, 104 Main Street E., Huntsville, Ont. P0A 1K0 (705) 789-8891 (b), (705) 635-1815 (r)

Mary Breen, Health Educator, 115 James Street, Peterborough, Ont. K9H 1C7 (705) 745-3891

Shannon Buchan, 1928 Athol Street, Regina, Sask. S4P 3A8 (306) 525-8217

Linda Buchanan, 64 Williams, Box 3324, The Pas, Man. R9A 1R9 (204) 623-6425, (204) 623-2506

Mary Burnett, Corrections Worker, Schreiber-Terrace Bay Community Corrections, Box 477, Schreiber, Ont. P0T 2S0 (807) 824-3036

Colin Campbell, Alcohol & Drug Problems Institute, P.O. Box 1832, Charlottetown, P.E.I. C1A 7N5 (902) 892-2082

Brenda Cantin, 2nd Floor, 340 9th Street, Brandon, Man. R7A 6C2 (204) 728-7000, ext. 237

Marian Carr, 26 Laval Place, Lethbridge, Alta. T1K 4E9 (403) 381-1171

Virginia Carver, Community Consultant, Addiction Research Foundation, 880 Wellington Street, Suite 800, Ottawa, Ont. K1R 6K7 (613) 238-8230

Lorraine Chapman, Director, Mary Ellis House, 614 King St. E., Hamilton, Ont. L8N 1E2 (416) 521-9591

Margaret Y. Cissel, Chetwynd Women's Resource Society, P.O. Box 72, Chetwynd, B.C. V0C 1J0 (604) 788-3793, (604) 788-2724

Jane Clark, Action for Careers and Training, 478 Riverdale Avenue, Ottawa, Ont. K1S 1S2 (613) 238-8210 (b), (613) 733-7178 (r)

Elizabeth Cook, 1010 Oliver Street, Victoria, B.C. V8S 4W7 (604) 381-4343

Susan Cooper, Manitoba Lung Association, 42 McTavish Avenue East, Brandon, Man. R7A 2B2 (204) 725-5230

Marielle Cousineau, Director, North Cochrane Addiction Services, 19B Riverside Drive, Kapuskasing (Ont.) P5N 1A4 (705) 335-8408

Joanne Cowan-McGuigan, Alcoholism & Drug Dependency Commission of New Brunswick, South Bay, P.O. Box 3566, Station B, Saint John, N.B. E2M 4Y1 (506) 635-2020

Lawrie Crawford, Alcohol & Drug Service Unit, Dep't of Health & Human Resources, Government of Yukon, Box 2703, Whitehorse, Y.T. Y1A 2C6 (403) 667-5777, (403) 667-2061

Sally Cunningham, Canadian Mental Health Association, Western Region, 935 26th Street, Brandon, Man. R7B 2B7 (204) 727-5425, (204) 824-2322

Marielle Dallaire, La Piaule, 368, Tachereau est, Rouyn (Qc) J9X 3E9 (819) 764-5797

* Personnes ressources

Appendice

* **Doreen Davison**, 65-3221 119th Street, Edmonton, Alta. T6J 5K7, (403) 427-8536, (403) 437-4819

* **Henriette Dauphinais**, Community Development Worker, 160, rue Dufferin, Sudbury, (Ont.) P3C 4W6, (705) 673-2514

Lyne Dessureault, 3993, Wellington, Verdun (Qc), H4G 1V6, (514) 767-0384, (514) 767-8139

Pat DeZutter, Manager, Education & Communications Division, Women's Secretariat, 8th Floor, Kensington Place, 10011 109th St., Edmonton, Alta. T5J 3S8, (403) 422-5074

Rheena Diabo, Kahnawake Alcohol and Drug Abuse Program, P.O. Box 876, Kahnawake (Qc), J0L 1B0, (514) 632-7580

Diane Dion, 1890 McVety, R.R. #2, Lennoxville (Qc), J1G 1B1, (819) 837-3013

Marian Dodds, 4-31 W. 11th Avenue, Vancouver, B.C., V5Y 1S6, (604) 874-7893

Winanne Downey, Saskatchewan Prescription Drug Plan, 3475 Albert Street, Regina, Sask., S4S 6X6, (306) 787-3305

Ellen Driscoll, Mann House Recovery Home for Women, 181 Kent Street, P.O. Box 3442, Charlottetown, P.E.I., C1A 8V7, (902) 894-7456

Julienne Dubé, Service d'alcoolisme et autres toxicomanies, Hotel Dieu de Riviere du Loup, 75, rue St Henri, Riviere du Loup (Qc), G5R 2A4, (418) 862-6988

Nicole Dubois, 202, Route 232 est, Cabano (Qc), G0L 1E0, (418) 854-5260

* **Francine Dufort**, 3957, rue Laval, Montreal (Qc), H2W 2H9, (514) 343-6171, (514) 844-9696

Marie-Claire Dumas, La Vie en Rose, 3963, rue St Denis, Montreal (Qc), H2W 2M4, (514) 374-0063

Carla Eckstrom, P.O. Box 23, Wembley, Alta., T0H 3S0, (403) 532-9228

* **Peggy Edwards**, Program Officer, Tobacco Programs Unit, Health Promotion Directorate, Health and Welfare Canada, Ottawa, Canada, K1A 1B4, (613) 957-8334

Marilynne Elbourne, Coordinator, Community Integration Program, Canadian Mental Health Association, Sarnia-Lambton Branch, Lochiel Kiwanis Centre, 3rd Floor, 180 College St. N., Sarnia, Ont., N7T 7X7, (519) 337-5411

* **Frances Ennis**, P.O. Box 986, St. John's, Nfld., A1C 5M3, (709) 739-6278

Jennifer Evans, Senior Research Assistant, Addiction Research Foundation, 33 Russell Street, Toronto, Ont., M5S 2S1, (416) 595-6029

Nancy Fairweather, 21 Exhibition Street, Kentville, N.S., B4N 1B9, (902) 678-5439

* **Margaret Flower**, Community Older Persons Alcohol (COPA) Project, Queen Elizabeth Hospital, 130 Dunn Avenue, Toronto, Ont., M6K 2R7, (416) 530-2213

* **Marilyn Fontaine**, North End Women's Centre, 453 Selkirk Avenue, Winnipeg, Man., R2W 2M4, (204) 589-7347

Barbara Foster, R.R. #2, C-27, Hope, B.C., V0X 1L0, (604) 869-7060, (604) 869-2777

Suzanne Franklin Constans, Independent Living Resource Centre, 207-294 Portage Avenue, Winnipeg, Man., R3C 0B9, (204) 947-0194, (204) 783-5242

Anne Fraser, Vancouver Women's Health Collective, 888 Burrard Street, Vancouver, B.C., V6Z 1X9, (604) 682-1633

Isabelle Gagné, Directeur executif, Association des Intervenants en Toxicomanie du Quebec, 1477, boul. St-Joseph est, Montreal (Qc), H2J 1M6, (514) 523-1196

* **Sylvie Gagnon**, 1330, rue St-Zotique est, Montreal (Qc), H2G 1G6, (514) 274-6207

Darlene Gartner, AADAC, 4920-51 Street, Main Floor, Red Deer, Alta., T4N 6K8, (403) 340-5274

France Gauthier, Centre de sante des femmes du quartier, 16, boul. St-Joseph est, Montreal (Qc), H2T 1G8, (514) 842-8903

Denise Germain, Services Communautaires, 24, boul. des Iles, Bureau 111, Port-Cartier (Qc), G5B 2M9, (418) 766-2715, poste 281

Shirley Gibson, AADAC Volunteer, 33 Pamely Avenue, Red Deer, Alta., T4P 1L2, (403) 342-7871

Mary Gibson-Colepaugh, AADAC, 4th Floor, 9915 Franklin Avenue, Fort McMurray, Alta., T9H 2K4, (403) 743-7187

Pat Gilchrist, Regional Manager, Alcohol and Drug Programs, Region 2, 201-10090 152nd Street, Surrey, B.C., V3R 8X8, (604) 660-8971

Francine Gingras, 1, rue Larmartine, Candiac (Qc), J5R 3H2, (514) 871-1129 (b), (514) 659-5291 (r)

Geela Giroux, Department of Social Services, Precambrian Building, 6th Floor, Yellowknife, N.W.T., X1A 2L9, (403) 920-6254

Lorraine Giroux, s.a.s.v., Agent pastorale de la sante, Paroisse Sacré-Coeur, 21 Landsdowne N., C.P. 490, Chapleau (Ont.), P0M 1K0, (705) 864-0747

Claudette Godley, Chez Doris, 1945, boul. de Maisonneuve ouest, Montreal (Qc), H3H 1K3, (514) 937-2341

* **Sylvia Gold**, President, Canadian Advisory Council on the Status of Women, 110 O'Connor Street, 9th Floor, P.O. Box 1541, Station "B", Ottawa, Ont., K1P 5M9, (613) 992-4975

Cathie Gottfriedson, P.O. Box 1213, Vernon, B.C., V1T 6N6, (604) 545-7993

Theresa Griffin, Disabled Women's Network, 204-123 Sackville Street, Toronto, Ont., M5A 3E8, (416) 366-7164

Teddy Gunson, Site 5, P.O. Box 19, R.R. #1, Corner Brook, Nfld., A2H 2N2, (709) 639-8522, (709) 634-5059

* **Margie Halina**, Calder Out-Patient Clinic, 503-224 4th Avenue S., Saskatoon, Sask., S7K 2H6, (306) 933-5867

Ruth Harris, 509, Harbourside Apartments, 55 Smythe Street, Saint John, N.B., E2L 5A2

Ruth Hartley, Executive Director, Riverside Villa Association, 1916 12th Ave. South West, Calgary, Alta., T3C 0R8, (403) 245-8444

Constance Héroux, 375, rue St-Andrew, Bathurst, (N.B.), E2A 1C6, (506) 548-4405

Joan Hibbert, 860 Preston Avenue, 4th Floor, Winnipeg, Man., R3G 0Z5, (204) 783-5460

* **Beverley Hicks**, P.O. Box 135, Souris, Man., R0K 2C0, (204) 728-7000

* **Jessica Hill**, Regional Director, Health Promotion Directorate, Health and Welfare Canada, Toronto, Ont., M5S 1M8, (416) 973-1804

* **Carol Hiscock**, 3 James Street, Thompson, Man., R8N 1J2, (204) 677-2653

* **Maggie Hodgson**, Director, Nechi Institute on Alcohol and Drug Education, P.O. Box 3884, Station D, Edmonton, Alta., T5L 4K1, (403) 458-1884

Nancy Huneault, Manager of the Addiction Service, Sudbury Algoma Hospital, 680 Kirkwood Drive, Sudbury, Ont., P3E 1X3, (705) 675-9192, ext. 273 (b), (705) 675-3798 (r)

* Personnes ressources

Appendice

Pat Israel, Disabled Women's Network, 160-30 Denton Avenue, Scarborough, Ont. M1L 4P2 (416) 694-8888

* **Frances Jasiura**, 1-552 West Avenue, Kelowna, B.C. V1Y 4Z4 (604) 762-3318, (604) 766-2263

Linda Johnson, Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, P.O. Box 119, Creighton, Sask. S0P 0A0 (306) 687-6240, (306) 687-7095

Loretta Johnson, Funded Agency Program Consultant, AADAC, 6th Floor, 10909 Jasper Avenue, Edmonton, Alta. T3T 3M9 (403) 427-1953

Beatrice Keizers, 2345 Tanner Road, Victoria, B.C. V8P 5P8 (604) 652-2532

Patrice Kelly, Pine Grove Correctional Centre, P.O. Box 1536, 1226 12th Street W., Prince Albert, Sask. S6V 5T1 (306) 953-3100

Alice Klassen, Director, Round Lake Treatment Centre, R.R.#3, Comp. 10, Grandview Flats N., Armstrong, B.C. V0E 1B0 (604) 546-3077

Nori Korsunsky, Women's Health Clinic, 304-414 Graham Avenue, Winnipeg, Man. R3C 0L8 (204) 947-1517, (204) 334-1034

Vera Lagasse, Status of Women, Health and Welfare Canada, Room 2100, Ottawa, Canada K1A 0K9 (613) 990-7678

Annie Lalonde, inf., C.P. 985, Chapleau, (Ont.) P0M 1K0 (705) 864-0747

Francine Langlois, Phoenix Foundation, 1250 St. Antoine, Lachine (Qc) H8S 1T5 (514) 634-7207

Yolande Lavoie Potter, Dépendants de médicaments anonymes, 5320, rue Nice, Trois-Rivières-Ouest, (Qc) G8Y 3V6 (819) 379-5365

* **Marie Lecavalier**, 3280, Place Léon-Brisebois, Ile Bizard, (Qc) H9C 1W2 (514) 626-7750, (514) 670-4549 (after 4:00 p.m.)

Marie Leclerc, Service de la Condition féminine, 1075, chemin Ste-Foy, 12e étage, Québec, (Qc) G1S 2M1 (418) 643-9187

Nicole Leclerc, Ministère de la santé et des services sociaux, Service de toxicomanie, 1075, chemin Ste-Foy, Québec, (Qc) G1S 2M1 (418) 643-9887

* **Helen Levine**, School of Social Work, Carleton University, Colonel By Drive, Ottawa, Ont. K1S 5B6 (613) 564-3677

Rona Longmuir, Alcoholism Foundation of Manitoba, P.O. Box 1508, 1039 Louise Avenue, Brandon, Man. R7A 0X9 (204) 727-0468

* **Marjorie MacDonald**, c/o Maritime School of Social Work, P.O. Box 144, Sydney, N.S. B1P 6G9 (902) 539-5300, ext. 333, (902) 539-7005

Betty MacGregor, Community Educator, Amethyst Women's Addiction Centre, 407 Queen Street, Ottawa, Ont. K1R 5A6 (613) 563-0363 (b), (613) 236-2742 (r)

Beth Mairs, Opportunity for Advancement, 401-3101 Bathurst Street, Toronto, Ont. M6A 2A6 (416) 787-1481

Joanne Marriott-Thorne, 16 Marriott Road, Armdale, Halifax, N.S. B3N 1V3 (902) 477-9278

Thérèse Martin, 136, rue Martin, Edmunston (N.B.) E3V 2N4 (506) 735-3740, (506) 735-5589

Dr. Carol Matusicky, Executive Director, B.C. Council for the Family, 1595 West 10th Avenue, Vancouver, B.C. V6J 1Z8 (604) 732-4838, (604) 298-6749

Muriel Maybee, R.R.#1, Rose Bay, Lunenburg Co., N.S. B0J 2X0 (902) 766-4511

Sr. Bertha McCarthy, Alcoholism Treatment Centre, P.O. Box 37, Charlottetown, P.E.I. C1A 7K2 (902) 892-4265

June McGregor, Supervisor, Day Counselling Unit, AADAC, 10242 105th Street, Edmonton, Alta. T5J 3L5 (403) 427-1796

Carol Meissner, Prince Albert Council on Alcohol and Drug Abuse, 1565-17th Street West, Prince Albert, Sask. S6V 3Z5 (306) 763-8743 (r), (306) 763-2631 (b)

Céline Mercier, Centre de Recherche, Hôpital Douglas, 6875, boul. La Salle, Verdun (Qc) H4H 1R3 (514) 761-6131, ext. 385, (514) 679-7492

* **Alice Michaud**, P.O. Box 1218, Gimli, Man. R0C 1B0 (204) 642-8745

Claire Milette, Consult Action, Conseil Statut de la Femme, 3950, boul. Harvey, Jonquière (Qc) G7X 8L6 (418) 542-1155 (r), (418) 545-6947 (b)

Carole Milligan, Ontario Public Interest Research Group (OPIRG), 1 Trent Lane, University of Guelph, Guelph, Ont. N1G 2W1 (519) 824-2091

* **Pauline Morissette**, 4019, rue Hingston, Montreal (Qc) H4A 2J6 (514) 935-6273, (514) 488-6753

Isabell Muldoe, P.O. Box 239, Hazelton, B.C. V0J 1Y0 (604) 842-5986

* **Paddy Musson**, Room D-3017, Fanshawe College, 1460 Oxford St. E., London, Ont. N5W 5H1 (519) 452-4121 (b), (519) 452-4205 (b), (519) 673-4919 (r)

* **Louise Nadeau**, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale "A", Montréal (Qc) H3C 3J7 (514) 271-5463

Phyllis Nault, Nechi Institute on Alcohol and Drug Education, P.O. Box 3884, Station D, Edmonton, Alta. T5L 4K1 (403) 458-1884

Marie Newhook, Women's Employment Counselling, 119 East Valley Road, Corner Brook, Nfld. A2H 2L8 (709) 639-7505, (709) 634-4646

Vicki J. Norman, 201-532 Leon Avenue, Kelowna, B.C. V1Y 6J6 (604) 763-9161, (604) 861-1929

Judy Nugent, Community Consultant, Addiction Research Foundation, North East Metro Centre, 175 College Street, Toronto, Ont. M5T 1P8 (416) 595-6035

Claire Nyiti, 115 Alexandra Street, Sydney, N.S. B1P 6H7 (902) 539-3630, (902) 539-7800

Suzanne Olson, P.O. Box 359, Pictou, N.S. B0K 1H0 (902) 485-4335

Kathleen O'Malley, c/o Manager, Health Education and Promotion Services, Alberta Community and Occupational Health, 5th Floor, Seventh Street Plaza, 10030-107 Street, Edmonton, Alta. T5J 3E4 (403) 427-5367

Ada Paschal, 211 Germain Street, Saint John, N.B. E2L 2G5 (506) 393-1341, (506) 674-1832

Marie-Thérèse Payre, Projet Elixir, 1200, rue King est, Suite 124, Sherbrooke (Qc) J1G 1E4 (819) 562-5771

Claire Peladeau, Agente de formation l'Union culturelle des Franco-Ontariennes, 3-50, rue Vaughan, Ottawa, Ont. K1M 1X1 (613) 679-2739 (r), (613) 741-1334 (b)

* **Dr. Susan Penfold**, Department of Psychiatry, Room 1A14, B.C. Children's Hospital, 4480 Oak Street, Vancouver, B.C. V6H 3V4 (604) 875-2345, ext. 7025

* **Lavada Pinder**, A/Director-General, Health Promotion Directorate, Health and Welfare Canada, Ottawa, Canada K1A 1B4 (613) 957-8566

* **Nancy Poole**, Secretary of State-Women's Program, 505-230 22nd Street E., Saskatoon, Sask. S7K 0E9 (306) 975-4146 or 502-3rd Street E., Saskatoon, Sask. S7H 1L9 (306) 665-0553

Coreen Popowich, Pictou County Women's Group, 202 Brookside Avenue, New Glasgow, N.S. B2H 3E5 (902) 752-8897

* Personnes ressources

Appendice

* **Luce Ranger Poisson**, 1724, Côte du Werger, Sillery (Qc) G1T 2P3 (418) 658-9365

Huguette de Repentigny, Coordonnatrice, l'Accueil médical francophone, 33, place Hahn, Toronto (Ont.) M5A 4G2 (416) 363-3024 (b), (416) 827-9641 (r)

Wendy Reynolds, Director, Kingston Alcohol Referral Centre, 131 Johnson Street, Kingston, Ont. K7L 1X9 (613) 546-1758

* **Christine Rinaldi**, 734 Rotary Drive, Kimberley, B.C. V1A 1E3 (604) 489-4344, (604) 427-3007

Charlotte Rochon, 1325 2nd Avenue North, Saskatoon, Sask. S7K 2E6 (306) 653-4620 (b)

Anne Rochon Ford, Resource Coordinator, Women's Health Care Programs, Women's College Hospital, 76 Grenville Street, Toronto, Ont. M5S 1B2 (416) 966-7265

Pat Rooney, Counsellor, Women's Outreach, Walrus Building, 452 Albert Street E., Sault Ste. Marie, Ont. P6A 2J8 (705) 759-3396

Becki Ross, 5-57 Howland Avenue, Toronto, Ont. M5R 3B2 (416) 921-8256

* **Dr. Sarah (Sally) Saunders**, Addiction Research Foundation, 33 Russell Street, Toronto, Ont. M5S 2S1 (416) 595-6106

* **Kasia Seydegart**, Erin Research Inc., R.R. #2, Erin, Ont. N0B 1T0 (519) 833-2449

Kathleen Shannon, Studio D, National Film Board, Montréal (Qc) (514) 283-9534, (514) 482-9412

Barbara Shea, 4759 Pasqua Street, Regina, Sask. S4S 6N7 (306) 584-5014

Pat Simcox, 708 Cook Street, Whitehorse, Y.T. Y1A 2R9 (403) 668-4116

Gail Spicer, Addiction Foundation of Manitoba, 23 Nickel Road, Thompson, Man. R8N 0Y4 (204) 677-4541

Terry Spier, c/o Women Healthsharing, 200A-101 Niagara Street, Toronto, Ont. M5V 1C3 (416) 862-1791 or 76 Lambert Lodge Ave., Toronto, Ont. M6G 3X3 (416) 530-0650 (r)

Audrey Swail, Policy Advisor, Ontario Women's Directorate, Mowat Block, 900 Bay Street, 4th Floor, Toronto, Ont. M7A 1C2 (416) 965-7785

Kersti Sepp, Pinewood Centre, 300 Centre Street S., Oshawa, Ont. L1H 4B2 (416) 723-8195

Louise Sylvain, Projet Elixir, 124-1200, rue King est, Sherbrooke (Qc) J1G 1E4 (819) 562-5771

Danielle Thériault, Maison des Femmes Sentin "Eile", C.P. 87, Havre-aux-Maisons, Îles de la Madeleine (Qc) G0B 1B0 (418) 969-2228, (418) 986-5323

Billie Thurston, 731 5th Street N.W., Calgary, Alta. T2N 1R1 (403) 270-3777

* **Arlene Timmins**, Social Development Officer, Secretary of State, Southwestern Ontario District, 425-150 Main Street West, Hamilton, Ont. L8P 1H8 (416) 572-4169

Kay Toye, c/o Ontario Advisory Council on Women's Issues, 880 Bay Street, 5th Floor, Toronto, Ont. M7A 1N3 (416) 965-5824

* **Beth Traynor**, 300 Broadway Avenue, Regina, Sask. S4N 1B5 (306) 352-8397

Sari Tudiver, 128 Ruby Street, Winnipeg, Man. R3G 2C9 (204) 786-2106

Sr. Virginia A. Turner, Executive Director, Adsum House, 2421 Brunswick Street, Halifax, N.S. B3K 3Z4 (902) 423-4443

Diane Valcourt, a/s Société Elizabeth Fry, Maison Thérèse Casgrain, 3836, rue St-Hubert, Montréal (Qc) H2L 4A5 (514) 284-2125

Nicole Vallée, Centre des femmes l'Aurore, 58 A Commerciale, C.P. 427, Cabano (Qc) G0L 1E0 (418) 854-3098

Judi Vinni, Northwestern Ontario Women's Health Information Network, c/o 341 Clavet Street, Thunder Bay, Ont. P7A 2M7 (807) 345-1410 (b), (807) 344-1315 (r)

Jacqueline Voyer, B.C.J. Laval, 3737, boul. Lévesque ouest, Laval (Qc) H7V 1G5 (514) 688-6696

Annette Wall, Alcohol and Drug Programs, 228-1250 Quadra Street, Victoria, B.C. V8W 2K7 (604) 387-5077, (604) 598-3060

Maureen Wanczura, Alcohol and Drug Programs, 200-9801 King George Hwy., Surrey, B.C. V3T 5H5 (604) 660-8939, (604) 594-4299

Ivy Williams, Project Officer, Mental Health Division, Health and Welfare Canada, Room 663, Ottawa, Canada K1A 1B4 (613) 954-8645

Judith Wills, Program Director, Community Alcohol & Drug Program, P.O. Box 633, St. Catharines, Ont. L2R 6W8 (416) 685-5425 (b), (416) 935-2526 (r)

Penny Yellen, Council of Jewish Women, 515 Ash Street, Winnipeg, Man. R3N 0R1 (204) 582-2321, (204) 282-6000

* Personnes ressources

Appendice

DIRECTION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

NATIONAL

4e étage, Immeuble Jeanne-Mance, Ottawa, K1A 1B4

Lavada Pinder, Directrice générale adjointe (613) 957-8566
* **Karen Madden**, Unité des groupes spéciaux, Chargée du projet «Il n'en tient qu'à vous» (613) 957-3436
Peggy Edwards, Unité des programmes du tabagisme (613) 957-8334
Susan Garceau, Unité des études en promotion de la santé (613) 954-8836
Jessica Hill, Analyste adjointe des politiques et programmes (416) 973-1804
Carol Jerusalem, Unité des communications et de commercialisation (613) 954-8845
Ellen Pekeles, Unité des groupes spéciaux (613) 957-3436
Mary Sweeney, Unité des groupes spéciaux (613) 957-3436
Eleanor Thomas, Analyste des politiques et programmes (613) 957-8342
Evelyne Vallée, Division des services régionaux (613) 954-8871

RÉGION DE L'ATLANTIQUE

(N.-É., N.-B., Î.-P.-É., T.-N.)

Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 5409 Rainnie Drive, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1P8 (902) 426-2700

Marilyn Keddy, directrice régionale, * **Kathy Coffin**, agente de programme, + **Julia McMahon**, agente de programme

RÉGION DU QUÉBEC

Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Complexe Guy-Favreau, Tour est, pièce 210, 200, boulevard Dorchester ouest, Montréal (Québec) H2Z 1X4 (514) 283-4589

* **Michel Boyer**, agent de programme + **Lise Bertrand**, agente de programme

RÉGION DE L'ONTARIO

Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 102, rue Bloor ouest, Pièce 410, Toronto (Ontario) M5S 1M8 (416) 973-6484

Joan Johnston, directrice régionale adjointe, **Mary Cerré**, agente de programme, * **Ruth Plant**, agente de programme

RÉGION DES PRAIRIES

(Man., Sask., T.N.-O.)

Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 603–213 avenue Notre Dame, Winnipeg (Manitoba) R3B 1N3 (204) 949-2554

* **Margaret Clark**, agente de programme, **Wendy Fergus**, agente de programme

RÉGION DU PACIFIQUE

(C.-B., Alb., Yukon)

Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 560 West Broadway Avenue, Suite 202, Vancouver, (British Columbia) V5Z 1E9 (604) 666-6061

* **Louise Belisle**, agente de programme, + **Lezlie Wagman**, agente de programme

* Équipe du projet «Il n'en tient qu'à vous»
+ Autrefois membre de l'équipe de projet

Appendice

ARTISTES

Sponté, c.o Madelaine Byrnes, 3-1500 King Street West, Toronto, Ont. M6K 1J5
Lucie Blue Tremblay, c.o Kris Anderson, 826 McMillan Avenue, Winnipeg, Manitoba R3M 0V4

EXPERTS-CONSEILS

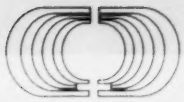
J. Phillip Nicholson Policy and Management Consultants Inc., 234 avenue Argyle, Ottawa, (Ontario) K2P 1B9 (613) 238-4184

Danielle Papineau, coordination du colloque
Elizabeth Rajkumar, coordination du colloque et actes

J. Woolfrey Consulting, 21, avenue Chapleau, n° 4, Ottawa, (Ontario) K1M 1E1 (613) 749-4583

Joy Woolfrey, évaluation
Carole Wallace, évaluation

Appendice B



Films et bandes vidéo projetés lors du colloque

Les participantes ont eu l'occasion de voir plusieurs films et bandes vidéo le mercredi 14 mai. Voici une brève description de leur contenu.

FILMS

Women and Pills: A Look At the Use of Legal Drugs
(Les femmes et les pilules : Coup d'oeil sur l'usage des drogue licites)
28 minutes, Pandora Productions, Kinetic Films, 408, rue Dundas Est, Toronto (Ontario) M5A 2A5, tél. (416) 963-5979. Coût : 595$ (film ou vidéo); location: 87$ pour 3 jours.

Ce film est idéal pour accompagner les programmes de prévention parce qu'il présente des renseignements généraux et pertinents recueillis directement auprès des femmes qui ont découvert leur propre dépendance à l'égard de médicaments prescrits tels que le valium.

The Bizarre Trial of the Pressured Peer
(Le procès insolite de la pression du groupe)
29 minutes, Gerald T. Rogers Productions, Kinetic Films, 408, rue Dundas Est, Toronto (Ontario) M5A 2A5, tél. : (416) 963-5979. Coût : 754$ (film), 694$ (vidéo); location: 87$ pour 3 jours (film ou vidéo).

Ce film, axé sur les adolescents, présente une excellente introduction aux techniques de résolution des problèmes et montre comment appliquer ces techniques à la lutte contre la pression négative du groupe.

Recovery Series
On peut se procure les deux films suivants dans tous les bureaux locaux de l'Office national du film (consulter à ce sujet les pages bleues de l'annuaire téléphonique local). Les films de l'ONF sont en général prêtés gratuitement. Certains films sont également offerts en bandes vidéo qui peuvent être louées à un coût minime.

– **Lori**
14 minutes, Office national du film

Ce film (qui fait partie d'une série de quatre donne un bon aperçu du processus de traitement. Dans un centre de cure pour femmes, Lori, une alcoolique, apprend à restructurer sa vie et à rester sobre.

– **Debby and Sharon**
15 minutes, Office national du film

Ce film, qui fait également partie de la série «Recovery», présente le cas de deux soeurs autochtones. Il expose leurs difficultés face à la consommation d'alcool, les problèmes familiaux qui en ont résulté, le traitement qu'elles entreprennent de suivre, puis leur rétablissement.

BANDES VIDÉO

Il paraît que c'est mes nerfs
20 minutes, Femmes en focus, Groupe Intervention Vidéo, 1308, rue Gilford, Montréal (Québec) H2G 1R5, tél. (514) 524-3259. Coût : 300$; location: 50$ par jour.

Tourné en français en Acadie, ce vidéo présente une étude des effets de la drogue sur la vie des femmes. Il comprend des entretiens et des interviews avec des médecins, des infirmières et des femmes qui prennent des tranquillisants.

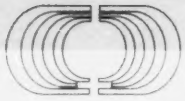
Bulimia: Out of Control Eating
(La boulimie ou manger de façon incontrôlée)
23 minutes, Sylvie Boulet et Michael Doherty, 2785, rue Parker, Vancouver (C.-B.), tél. (604) 254-0975. Coût : 225$.

Une jeune femme, qui vit des périodes de boulimie suivies d'accalmies, décrit les sentiments qui l'animent dans ces moments et livre ses réflexions. Le film souligne la dynamique de la perturbation et présente les voies offertes pour parvenir au rétablissement. Il constitue une excellente source de renseignements et de soutien pour les boulimiques, leurs familles et leur amis.

Sound of Silence
26 minutes, Kinetic Films, 408, rue Dundas est, Toronto (Ontario) M5A 2A5, tél. (416) 963-5979. Coût : 744$; location : 85$ pour 3 jours.

On relève un taux élevé de voies de fait et d'inceste dans les familles où il y a un problème d'alcool et de drogue. Dans ce film, Claudia Black présente les moyens de déceler et de traiter ces sujets tabous.

Appendice C



Documents de référence

La présente liste est un échantillon de certains documents actuels traitant des femmes en regard de l'un des sujets suivants :

- l'alcool
- les médicaments de prescription
- la santé mentale
- le tabac
- la santé en général

Il ne s'agit donc pas d'une liste exhaustive.

Chacune des cinq rubriques précitées est divisée en «Livres» et «Articles». Certains livres ou articles devraient figurer dans plusieurs rubriques en raison de la connexité entre les sujets traités, mais pour plus de facilité, ils sont classés sous la rubrique la plus appropriée. Les documents disponibles auprès de la Direction de la Promotion de la Santé sont indiqués à la fin de cet appendice.

Les articles dont on pouvait se procurer une copie lors du Colloque sont signalés par un astérisque (*). Certaines brochures figurant dans la liste étaient exposées sur un présentoir.

ALCOOL

LIVRES

Canberwell Council on Alcoholism. *Women and Alcohol*. New York: Tavistock Publications, 1980.

Cook, David, S.L.A. Straussner, et Christine Fewell. *Psychosocial Issues in the Treatment of Alcoholism*. New York: Haworth Press, 1985.

Department of Health Education and Welfare des États-Unis. *Addicted Women: Family Dynamics, Self Perceptions and Support Systems*. NIDA, 1979.

Ferrence, Roberta. "Prevention of Alcohol Problems in Women". Réimpression de *Alcohol Problems in Women*. Publié par Sharon Wilsnack et Linda Beckman. New York: Guilford Press, 1984. Chapitre 14.

Heath, Dwight et A.M. Cooper. *Alcohol Use and World Cultures: A Comprehensive Bibliography of Anthropological Sources*. Toronto: Addiction Research Foundation, Bilbiography Series, n° 15.

Maddox, George, Lee Robbins, et Nathan Rosenberg. *Nature and Extent of Alcohol Problems Among the Elderly*. Actes d'un atelier, 3 et 4 novembre, 1983. Parrainé par The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism en collaboration avec National Institutes of Mental Health and Aging. Rockville, 5600 Fisher Lane, Rockville, Maryland 29857.

McConville, Brigid. *Women Under the Influence — Alcohol and Its Impact*. Londres: Virago Press, 1983.

Mishara, Brian et Robert Kastenbaum. *Alcohol and Old Age*. Toronto: Grune et Stratton Publ., 1980.

Sandmaier, Marian. *Helping Women with Alcohol Problems*. Philadelphia: Women's Health Communications, 1982.

Wholey, Dennis. *The Courage to Change — Hope and Help for Alcoholics and Their Families*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1984.

Wilsnack, Sharon et Linda Beckman. *Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences and Intervention*. New York: Guilford Press, 1984.

Wood, Gibson et Merrill Elias. *Alcoholism and Aging. Advances in Research*. Florida: CRC Press, 1982.

ARTICLES/BROCHURES

* **Abel, Ernst.** Editorial — "Fetal Alcohol Effects: Advice to the Advisors." *Alcohol and Alcoholism*, 20,2,(1985): 189–193.

* **Allan, Carole et D.J. Cooke.** "Stressful Life Events and Alcohol Misuse in Women: A Critical Review." *Journal of Studies on Alcohol*, 46,2,(1985): 147–152.

Apter-Marsh, Mildred. "The Sexual Behaviour of Alcoholic Women While Drinking and During Sobriety." *Alcoholism Treatment Quarterly*, Haworth Press, 1,3,(1984): 35–48.

Commission albertaine contre l'alcoolisme et les toxicomanies (AADAC). *Rural Alberta*, 6, 4, Avril 1986. On peut se procurer un exemplaire en écrivant à : AADAC (Developments), 10909 Jasper Avenue, Edmonton (Alberta) T5J 3M9 ISSN 0714-1017.

* **Caghan, Elaine.** "Alcoholism and Women: Outreach that Works." *Alcohol, Health and Research World*, automne 1981: 61–62.

Department of Health and Human Services des États-Unis. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Advances in Alcoholism Treatment Services for Women*. 1983.

Department of Health and Human Services des États-Unis. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *For Women Who Drink*.

Desautels, Louise. «Ne vous tranquillisez pas» et «Être une femme alcoolique.» *La Gazette des Femmes*: Santé/Recherche, mai juin 1985: 30–31.

Appendice

Do It Now (D.I.N.) *Cause and Defect: Fetal Alcohol Syndrome*. Pamela et Daniel Pawlak-Frazier. 1982.

D.I.N. *Sex After Sobriety*. Gayle Rosellini. 1983. On peut se procurer un exemplaire de la brochure en écrivant à : DIN Publications, P.O. Box 5115, Phoenix, AZ 85010.

D.I.N. *The Co-Alcoholic Wife*. Gayle Rosellini. 1981.

Ferrence, Roberta. "Preventing Substance Abuse: Implications of Sex Differences in Patterns of Use." *Contemporary Drug Problems* 12(1985): 439–458.

· **Gomberg, Edith et Rebecca Scholit.** Editorial — "Social Isolation and Passivity of Women Alcoholics." *Alcohol and Alcoholism*, 20,3,(1985): 313–314.

Hennecke, Lynn et Stanley Gitlow. "Alcoholism in Women: A Growing Problem." *Medical Aspects of Human Sexuality*, 19,6 (1985): 150–155.

Herr, B.M. "Long Term Outcome in Working and Homemaking Alcoholic Women." *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 8,6 (1984): 576–579.

· **Hiatt, R.A. et R.D. Bawol** "Alcoholic Beverage Consumption and Breast Cancer Incidence." *American Journal of Epidemiology*, 119,5 (1984): 676–683.

Johnson Institute. *Women, Alcohol and Dependency: I am Responsible*. 1981. 10700 Olson Memorial Highway, Minneapolis, Minnesota 55441.

· **Kirkpatrick, Jean.** "A Self-Help Program for Women Alcoholics." *Alcohol Health and Research World*, été 1982: 10–12.

· **LaVecchia, Carlo, et al.** "Alcohol Consumption and the Risk of Breast Cancer in Women." *Journal of the National Cancer Institute*, 75,1 (1985): 61-65.

Levy, Marguerite, et al. "Occupational Alcoholism Programs and Female Employees." Extrait de *Yearbook of Substance Use and Abuse*. Publié par Leon Brill et Charles Winick. New York: Human Sciences Press, 1985: 91–114.

Mansfield, Elizabeth. "Eating Disorders and Alcoholism: Linking Family System Dynamics." *Focus on Family*, juillet-août 1984: 22.

· **McKie, David.** "Alcoholism Among the Elderly Still Remains a Big Secret." *Ottawa Revue*, 2–8 décembre, 1982: 7.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Women and Alcohol*. Mai 1980. National Clearinghouse for Alcohol Information, P.O. Box 2345, Rockville, Maryland 20852.

Nichols, Margaret. "Theoretical Concerns in the Clinical Treatment of Substance-Abusing Women: A Feminist Analysis." Extrait de *Psychosocial Issues in the Treatment of Alcoholism*. Publié par D. Cook, S.L.A. Straussner et C.H. Fewell. New York: Haworth Press, 1985.

Nielsen, Lindsay. "Sexual Abuse and Chemical Dependency: Assessing the Risk for Women Alcoholics and Adult Children." *Focus on Family*, nov.-déc. 1984: 6.

· **Reichman, Walter.** "Affecting Attitudes and Assumptions About Women and Alcohol Problems." *Alcohol Health and Research World*, printemps 1983: 6–10.

Sandemaier, Marian. *Alcohol Abuse and Women: A Guide to Getting Help*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1980.

Sandemaier, Marian. "Alcohol, Mood-Altering Drugs and Smoking." Extrait de *The New Our Bodies, Ourselves*, The Boston Women's Health Book Collective. New York: Simon et Schuster, 1984.

Santa Cruz Women's Health Centre. "Women at Risk, Part I", 30, juin 1983. "The Devastation of Alcohol: 100% Proof", 31, sept. 1983. "The Stages of Alcoholism in Women and Men", 32, déc. 1983. "Recovery", 33, printemps 1984. On peut se procurer un exemplaire en écrivant à : Santa Cruz Women's Health Centre, 250 Locust St., Santa Cruz, CA. 95060.

· **Solomon, Susan.** "Women in the Workplace. An Overview of NIAAA's Occupational Alcoholism Demonstration Project." *Alcohol Health and Research World*, printemps 1983: 3–5.

Straussner, S.L.A. "Alcoholism in Women: Current Knowledge and Implications for Treatment." Extrait de *Psychosocial Issues in the Treatment of Alcoholism*. Publié par D. Cook, S.L.A. Straussner et C.H. Fewell. New York: Haworth Press, 1985.

Vannicelli, Marsha. "Barriers to Treatment of Alcoholic Women." *Substance and Alcohol Actions Misuse*, 5 (1984) 29–37.

· **Vejnoska, Jill.** "Coalition of Labour Union Women Focuses on Working Women and Substance Abuse." *Alcohol Health and Research World*, printemps 1983: 29.

· **Vicary, Judith, et al.** "Substance Use Among Women in the Workplace." *Occupational Health Nursing*, octobre 1985: 491–495.

Weathers, Brenda. *Alcoholism and the Lesbian Community*. On peut se procurer un exemplaire en écrivant à : Gay Council on Drinking Behaviour, Whitman Walker Clinic Inc., 2335 18th St. N.W., Washington, D.C., U.S.A. (202-332-5295).

_____. "Can Drinking Endanger the Unborn?" *Women's Health and Nutrition Letter International, Inc.*, nov. 1984: 6.

_____. "Prince Charming Syndrome in Alcoholic Women." *Dissertation Abstracts*, 44,8 (1984): 2544.

MÉDICAMENTS

LIVRES

Coleman, Vernon. *Life Without Tranquillizers*. Londres: Piatkus Publishing Ltd., 1985.

Glynn, Thomas, Helen Pearson et Mollie Sayers. *Women and Drugs*. Department of Health and Human Services des États-Unis, NIDA, 1983.

Lacey, Ron et Shaun Woodward. *That's Life! Survey on Tranquillizers*. BBC and MIND, Londres, 1985.

Appendice

Organisation mondiale de la santé. *The Control of Drugs for the Elderly*. Extrait de Ninth Symposium on Clinical Pharmacological Evaluation in Drug Control, novembre 1980.

Reed, Beth, George Beschner et Josette Mondanaro. *Treatment Services for Drug Dependent Women Volume 2*. U.S. Department of Health and Human Services des États-Unis, 1982.

ARTICLES/BROCHURES

Aoki, F.Y., et al. "Aging and Heavy Drug Use: A Prescription Survey in Manitoba." *Journal of Chronic Disease*, 36 (1983): 75–84.

* **l'Addiction Research Foundation.** *Renseignements sur les tranquillisants*. Juin 1985. 33, rue Russell, Toronto (Ontario) M5S 2S1.

l'Addiction Research Foundation. *Puis-je en prendre si je suis enceinte?* 1983. 33 rue Russell, Toronto (Ontario) M5S 2S1 (30c).

* **Commission albertaine contre l'alcoolisme et les toxicomanies – brochure.** *Tranquillizers Sedatives: Facts and Effects*. Box 2900, Edmonton (Alberta) T5J 2G5.

* **Bass, Martin.** "Do Physicians Overprescribe for Women with Emotional Problems?" *Journal de l'Association médicale canadienne*, 125 (1981): 1211.

Busto, Usoa, et al. "Patterns of Benzodiazepine Abuse and Dependence." *British Journal of Addiction*, 81 (1986): 87–94.

* **Caroselli-Karinja, Marie.** "Drug Abuse and the Elderly." *Journal of Psychosocial Nursing*, 23,6 (1985): 25–30.

Catalan, J. et D.H. Gath. "Benzodiazepines in General Practice: Time for a Decision." *British Medical Journal*, 290 (1985): 1374.

Catalan, Jose, et al. "The Effects of Non-Prescribing of Anxiolytics in General Practice." *British Journal of Psychiatry*, 44 (1984): 593–602.

CBC. *Pharmaceutical Control*. 1983. On peut se procurer un exemplaire en écrivant à : CBC Transcripts, C.P. 4039, Succursale A, Toronto, Ontario M5W 2P6 Code # 4-ID026 (5$).

Clemmons, P. "Reflections of Social Thought." *Journal of Drug Issues*, 15,1 (1985): 73–80.

* **Cooperstock, Ruth.** "Some Comments on the Clinical Appropriateness of Prescribing Psychoactive Drugs." Extrait de *Society and Medication: Conflicting Signals for Prescribers and Patients*. Publié par John Morgan et Doreen Kagan. Toronto: Lexington Books, 1983. Chapitre 13, pp. 155–161.

Cormack, M.A. et A. Sinnott. "Psychological Alternatives to Long-Term Benzodiazepine Use." *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33 (1983): 279–281.

Dept. of Health and Human Services des États-Unis. *Risky Business: Drugs and Falls in the Elderly*.

Do It Now Publications. *Aspirin: Uses and Abuses*. 1983. On peut se procurer un exemplaire en écrivant à : DIN Publications, P.O. Box 5115, Phoenix, AZ 85010, U.S.A.

Editorial. "Management of Benzodiazepine Dependence — Update 1986." *British Journal of Addiction*, 81 (1986): 7–10.

Editorial. "Triazolam Abuse." *Journal de l'Association médicale canadienne*, 129 (1983): 324.

Fried, P.A., et al. "Soft Drug Use After Pregnancy Compared to Use Before and During Pregnancy." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 151, 6 (1985): 787–792.

Glover-Reed, Beth. "Drug Misuse and Dependency in Women: The Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group." *The International Journal of the Addictions*, 20, 1 (1985): 13–62.

* **Graedon, Joe.** "Women and Drug Advertisers." *Medical Self Care*, été 1983: 17.

Higgitt, Anna, et al. "Clinical Management of Benzodiazepine Dependence." *British Medical Journal*, 291 (1985): 688.

Hopkins, D.R., et al. "Benzodiazepine Withdrawal in General Practice." *Journal of the College of General Practitioners*, 32 (1982): 758–762.

King, Ellie. "Sex Bias in Psychoactive Drug Advertisements." *Psychiatry*, 43 (1980): 129.

Martin, I.L. Editorial — "The Benzodiazepines: Recent Trends." *Psychological Medicine*, 12 (1982): 689–693.

* **McKie, David.** "Drugs and the Elderly: Breaking Through Health-Care Hazards." *Canadian Pharmaceutical Journal*, décembre, (1983): 508–509.

Mellinger, G.D., et al. "Valium: Who Uses it Most?" *Journal of American Medical Association*, 251 (1984): 375.

National Institute on Drug Abuse. *Elder Ed: An Education Program for Older Americans — Using Medicines Wisely*. 1979. Distributeur : Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 20402, DHEW Publication n° (ADM) 78-705 (10$).

* **Norsigian, Judy.** "Zimbabwe Bans Depo-Provera." Fishow, Dorothy. "Antidepressants: A Sad Commentary." *National Women's Health Newsletter*, 6,6 (1981).

Parker, Jim. *Darvon Darvocet and Other Prescription Narcotics*. D.I.N. 1985.

Parker, Jim. *Downers: Current Use, Patterns and Problems*. D.I.N. 1982.

Parker, Jim. *Valium, Librium, and the Benzodiazepine Blues*. D.I.N. 1983. P.O. Box 5115, Phoenix, AZ 85010. n° 134.

Power, K.G., et al. "Controlled Study of Withdrawal Symptoms and Rebound Anxiety After Six Week Course of Diazepam for Generalized Anxiety." *British Medical Journal*, 290 (1985): 1246.

Sargent, Mary. "Drug Responses Dependent on Differences in Gender." *News and Features*. Par National Institute of Health, juillet, 1983.

Saskatchewan Health. 1. *Drugs and Seniors*. 2. *Painkillers*. 3475 Albert Street, Regina (Saskatchewan) S4S 6X6.

Saskatchewan Medical Association. *Drug use in Pregnancy in Saskatchewan*. Report n° 10, sept. 1984. Joint Committee on Drug Utilization, 3475 Albert Street, Regina (Saskatchewan) S4S 6X6.

* **Seidler, Susan.** "Drug Use and the Elderly." *National Women's Health Network*, mars/avril, 1984: 13.

* **Skinner, Pam Teare.** "Skills not Pills: Learning to Cope with Anxiety Symptoms." *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 34 (1984): 258–260.

Trickett, S.A. *Coming Off Tranquillizers*. 1984. S.A.T. Publishing, Heaton, New Castle Upon Tyne, England NE6 1LY.

U.S. Dept. of Health and Human Services. *Risky Business : Drugs and Falls in the Elderly*.

SANTÉ MENTALE

LIVRES

Baker-Miller, Jean. *Toward a New Psychology of Women*. Boston: Beacon Press, 1976.

Belle, Deborah. *Lives in Stress: Women and Depression*. Beverly Hills: Sage Publications, 1982.

Gilligan, Carol. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1982.

ARTICLES/BROCHURES

Baker-Miller, Jean. "Women and Mental Health". *Journal of the American Medical Women's Association* (JAMWA), 39,3 (1984): 97–98.

Bernstein, A.E. et G.M. Warner. "Female Psychology and Networking Problems Among Female Professionals." *JAMWA*, 39,5 (1984): 156–158.

Bernstein, B. et R. Kare. "Physicians' Attitudes Towards Female Patients." *Medical Care*, 19,6 (1981): 600.

CBC. *We Know Best: Expert Advice to Women*. 1983. On peut se procurer des copies en écrivant à : CBC Transcripts, C.P. 4039, Succursale A, Toronto (Ontario) M5W 2P6 Code #4-IP007 — 5$.

Clift, Elayne. "Women Take PHS to Task." *New Directions for Women*. sept/oct. 1985. On peut se procurer des copies en écrivant à : Women's Programs Office, American Psychological Assoc. 1200–17th Street N.W., Washington, D.C. 20036.

Collins, Glenn. "Women and Masochism: Debate Continues." *New York Times*, 2 déc., 1985.

Crocus Co-op. *Women and Emotional Stress: Learning Kit*. Saskatoon Region Community College et Secrétariat d'État, juin 1985.

* **Crook, William.** "Depression Associated with Candida Albicans Infections." *Journal of the American Medical Association*, 251, 22 (1984): 2928.

Fauldner, Carolyn. *Talking to Your Doctor*. Londres: Virago, 1978.

Feinson, M.C. et P.A. Tholts. "The Distribution of Distress Among Elders." *Journal of Gerontology*, 41,2 (1986): 225–233.

Ghent, William, et al. "Family Violence: Guidelines for Recognition and Management." *Journal de l'Association medicale canadienne*, 132 (1985): 541.

* **Goldstein, Susan, et al.** "Says Premenstrual Depressive Changes, Major Depression Often Are Coexistant." *OB GYN NEWS*, 15–31 juillet, 1984.

Gordon, Verona et Linda Ledray. "Depression in Women: The Challenge of Treatment and Prevention." *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23,1 (1985): 26–34.

Hall, L.A., et al. "Supports, Stressers and Depressive Symptoms in Low-Income Mothers of Young Children." *American Journal of Public Health*, 75,5 (1985): 518.

Hilberman, E. et M. Munsen. "Sixty Battered Women." *Victimology: An International Journal*, 2 (1977–78): 460–471.

Holden, Constance. "Proposed New Psychiatric Diagnoses Raise Charges of Gender Bias." *Science*, 231 (1986): 327–8.

Hughes, David. "Consultation Length and Outcome in Two Group General Practices." *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33 (1983): 143–7.

Hull, F.M. et F.S. Hull. "Time and the General Practitioner: The Patient's View." *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 34 (1984): 71–5.

* **International Medical News Service.** "Depression Found in Over Half of Patients with Eating Disorder." *OB GYN NEWS*, 15–29 février, 1984.

Krames Communications Booklets and Brochures. *Managing Stress*. Superior Medical Limited, 530, promenade Champagne, Toronto (Ontario) M3J 2T9 (1,60$ — demandez la liste des autres documents disponibles).

* **Levine, Helen.** "When the Pressure's On." Extrait de *The Women's Workbook*. Publié par Patti Schom-Moffatt et Cynthia Telfer. Toronto: Between the Lines, 1983. Chapitre 2, pp. 21–30.

Lord, Priscilla. "Analytical Psychotherapy and Feminism Do Mix." *Women Wise*, 5,3 (1982).

Martin, E. et H. Mitchell. "A Counsellor in General Practice: A One Year Survey." *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33 (1983): 366–7.

Randall, Nora. "Still Sane." *Horizons*, déc. 1984: 24–30.

Appendice

Reynolds, Constance. "Feminist Therapy Groups Help." *New Directions for Women*. mai/juin 1984: 20.

Robbins, J.H. et R.J. Siegel. "Women Changing Therapy." *Women and Therapy*, 2,2/3 (1983).

* **Rosenthal, Dr.** "Depression, Eating Ills May Be Tied Biochemically." *OB GYN NEWS*, 20,6 (1985).

Shapiro, Susan. "Mental Patients' Liberation Front: Seeking Control." *Sojourner*, fév. 1984.

Tangerose-Orr, S. and S. James. "Maternal Depression in an Urban Pediatric Practice: Implications for Health Care Delivery." *American Journal of Public Health*, 74,4 (1984): 363.

Turner, Jay et Samuel Noh. "Class and Psychological Vulnerability Among Women: The Significance of Social Support and Personal Control." *Journal of Health and Social Behaviour*, 24 (1983): 2–15.

Verbrugge, Lois. "How Physicians Treat Mentally Distressed Men and Women." *Social Science and Medicine*, 18,1 (1984): 1–9.

Women's Health Education Project of Newfoundland and Labrador. *Women's Resource Kit*. 1984. On peut se procurer des copies en écrivant à : Santé et Bien-être social Canada, Direction de la promotion de la santé, 5409, promenade Rainnie, Halifax (N.-É.), B3J 1P5.

TABAC

LIVRES

* **Hancock, Judy.** *A Resource Guide for Professionals: Smoking and Smoking Cessation*. Edmonton: AADAC, mai, 1983.

Jacobson, Bobbie. *The Ladykillers. Why Women Smoke*. Montréal: Eden Press, 1981.

ARTICLES/BROCHURES

Alberta Social Services and Community Health. *Breaking Free: Leaving the Pack Behind*. Information on Women and Smoking, 1985.

* **Charbonneau, Leo.** «Le tabac et la santé : les infirmières sont concernées.» *L'infirmière canadienne*, août, 1985: 14–16.

de la Fuente, Pat. "Data Shows Women's Health Up In Smoke." *New Directions for Women*. jan.-fév., 1984: 4.

Dept. of Health and Human Services des États-Unis. *Pregnant? That's Two Good Reasons to Quit Smoking*. Public Health Service, 5600 Fisher Lane, #1-10, Park Building, Rockville, Md. 20857. Pamphlet No. PHS 83-50198.

Dept. of Health and Human Services des États-Unis. *The Health Consequences of Smoking for Women*.

Dept. of Health and Human Services des États-Unis. *Two Things Every Woman Should Know About Smoking Cigarettes*. Office on Smoking and Health, Rockville, Md. 28057. Phamphlet No. PHS 80-50114.

* **Evans, H.J., et al.** "Sperm Abnormalities and Cigarette Smoking Linked." *Modern Medicine*, septembre, 1981: 189.

Fielding, J.E. "Smoking: Health Effects and Control." *The New England Journal of Medicine*. Part 1 — 313,8 (1985): 491–498. Part 2 — 313,9 (1985): 555–561.

International Medical News Service. "Gravida Who Smokes May Be at Increased Risk of Miscarriage." *OB GYN NEWS*, 15 mars, 1978.

Jacobson, Bobbie et Amonda Amos. *When Smoke Gets in Your Eyes: Cigarette Advertising Policy and Coverage of Smoking and Health in Women's Magazines*. British Medical Association, Inprint, Londres, mai, 1985.

Jacobson, Bobbie. "Women: Smoking's New Victims." *New Scientist*, 21 (1981): 506–8.

* **Jensen, Phyllis.** "Quitting Smoking is a Subversive Activity." *HealthSharing*, printemps 1984: 8.

* **Johnson, Karen.** "You've Come the Wrong Way, Baby." *Medical Self Care*, automne, 1984.

Naeye, R. "Smoke-A-Bye Baby." *Majority Report*, 13–26 mai, 1978.

Rosenberg, L. et al. "Breast Cancer and Cigarette Smoking." *The New England Journal of Medicine*, 310,2 (1984): 92–94.

Santé et Bien-être social Canada. «Les Manitobains ont fait du chemin!» *Promotion de la santé* 24,4 (1986): 22–23.

* _____. "Smoking Associated with Earlier Onset of Menopause." *OB GYN NEWS*, 18,24 (1983): 27.

LES FEMMES ET LA SANTÉ — BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

LIVRES

Bernard, Jessie. *The Female World*. New York: The Free Press, 1984.

Boston Women's Health Collective. *The New Our Bodies, Ourselves*. New York: Simon et Schuster, 1984.

Breen, Mary. *Taking Care: A Handbook About Women's Health*. Promotion de la santé de la région de l'Ontario, Santé et Bien-être social Canada, 1986.

Chavkin, Wendy. *Double Exposure*. New York: Monthly Review Press, 1984.

Cooke, Cynthia et Susan Dworkin. *The MS Guide to a Woman's Health*. New York: Anchor Press/Doubleday, 1979.

Derbyshire, Caroline. *The New Woman's Guide to Health and Medicine*. New York: Appleton Century Crofts, 1980.

Edmonton Women's Health Action Network. *Health Action: A Conference on Health and Women — Proceedings*. 4 oct., 1980.

Ehrenreich, Barbara et Deidre English. *Sorcières, sages-femmes et infirmières : Une histoire des femmes et de la médecine*. Les Éditions du Remue ménage, 1976.

Ehrenreich, Barbara et Deidre English. *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*. Old Westbury, New York: Feminist Press, 1973.

Ehrenreich, Barbara et Deidre English. *For Her Own Good: 150 Years of the Experts' Advice to Women*. Garden City, New York: Anchor Press/Doubleday, 1979.

Greenglass, Esther. *A World of Difference: Gender Roles in Perspective*. Toronto: John Wiley and Sons, 1982.

Immigrant Women's Centre. *Immigrant Women's Health Handbook: A Book By and For Immigrant Women*. 1981. On peut se procurer des exemplaires en écrivant à : Immigrant Women's Centre, 348 rue College, Toronto (Ontario) M5T 1S4 (2$ environ. Traductions en portugais, en espagnol et en italien).

Lapierre, Louise. *Portrait de sante des Canadiennes*. Statistique Canada, avril 1984.

Lewin, Ellen et Virginia Olesen. *Women, Health and Healing: Toward a New Perspective*. New York: Tavistock Publications, 1985.

Marieskind, Helen. *Women in the Health System: Patients, Providers and Programs*. Toronto: C.V. Mosby Company, 1980.

McDonnell, Kathleen et Mariana Valdere. *The Healthsharing Book: Resources for Canadian Women*. Toronto: The Women's Press, 1985.

Meryman, Richard. *Broken Promises and Mended Dreams*. Little, Brown and Company, 1984.

Nadelson, Carol et Malkah Notman. *The Women Patient. Volume 2 — Concepts of Feminity and the Life Cycle*. New York: Plenum Press, 1982.

Nellis, Muriel. *The Female Fix*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1980.

Porcino, Jane. *Growing Older, Getting Better*. Don Mills (Ontario): Addison-Wesley Publishing Company, 1983.

Rubin, Lillian. *Women of a Certain Age*. Londres: Harper Colophon Books, 1979.

Ruzek, Sheryl Burt. *The Women's Health Movement: Feminist Alternatives to Medical Control*. Praeger Scientific, 1978.

Santé et Bien-être social Canada. *Compte rendu du colloque sur la santé des adolescentes*. Ottawa : Bureau du conseiller principal: Situation de la femme. 26 octobre, 1986.

Seydegart, K. et G. Spears. *Beyond Dialogue — Immigrant Women in Canada, 1985–1990*. Plan d'action établi à la suite d'une consultation nationale entreprise à la demande de : Multiculturalisme Canada, Secrétariat d'État, Ottawa (Ontario) K1A 0M5 (gratuit).

REVUES

Alcohol, Health and Research World. Special Issue: The Multi-Disabled. 5.2 (1980-81).

Canadian Women Studies. 212 Founders College, York University, 4700, rue Keele, Downsview (Ontario) M3J 1P3 (416) 667-3725.

Healthsharing. Women Healthsharing, a Resource and Writing Collective. C.P. 230, Succursale M, Toronto (Ontario) M6S 4T3 (416) 968-1363.

Women and Health. The Haworth Press, 149 Fifth Avenue, New York, N.Y. 10010 (212) 228-2800.

RESSOURCES DISPONIBLES AUPRÈS DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

Les femmes et l'alcool. 1983. N° de publication H39-68.

C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs. 1983. N° de publication H39-53.

Les effets de l'usage de tranquillisants : l'usage des benzodiazepines au Canada. 1982. N° de publication H39-54.

Le stress. N'est plus publié. Quelques exemplaires sont encore disponibles.

On peut se procurer des copies en écrivant au bureau régional de la Direction de la promotion de la santé.